

Obbiettivo

n. 3/2003

professione infermieristica

Una professione al femminile



foto Nicola Tiso



Trimestrale
di informazione
attualità e cultura

IPASVI - Firenze

www.firenze.ipasvi.it

Un numero dedicato alla donna, protagonista della storia della nostra professione.

È stata considerata, per vocazione e per inclinazione di carattere, più adatta all'assistenza infermieristica rispetto all'uomo, un'idea del passato, ma prendersi cura, oggi, è veramente di genere femminile?

Un crescente numero di uomini trovano nel nursing una realizzazione professionale e personale, dalle donne c'è però ancora molto da imparare.



3/2003 - Collegio Ipasvi-Firenze

In primo piano

- 4 Buona notte, Florence *Carlo Calamandrei*
 8 Il potenziale femminile *Luciana Coèn*
 10 Le dinamiche socio-culturali del «curare»
 in un'ottica di genere *Mara Mabilia*
 13 Verso pari opportunità *Mariangela Rumine*
 15 Donne e infezione da HIV *G. Doccisi, D. Ghelli, D. Rinaldi*
 16 L'amore in più *Sonia Cortecchi*

Il Collegio

- 20 Il Collegio incontra gli studenti *Giancarlo Brunetti*
 23 CIVES, una sfida *Sonia Cortecchi*

Approfondimenti

- 25 EBN: ricercare ed utilizzare
 le «evidenze» scientifiche (Parte seconda) *Annalisa Pennini*
 28 La nuova scommessa della sanità fiorentina *Palma Bernardi*
 31 L'infermiere-prescrittore nel Regno Unito: giusto oppure no?
 traduzione di *Iolanda Lotti*

Pagina eretica

- 33 Cercando l'essenza dell'assistere *Mariano De Mattia*

Recensioni

- 34 Il «Freddo» di Thomas Bernhard *Silvia Marabissi*

Non solo infermiere

- 36 Del toccare e del sentire *Luca Littarru*

Hanno collaborato a questo numero

Carlo Calamandrei, DAI Coordinamento Servizi Infermieristici A. O. Careggi
Mara Mabilia, antropologa sociale
Mariangela Rumine, Coordinatrice della Commissione Molestie Morali, CPO AUSL10
Gabriella Doccisi, Dina Ghelli, Daniela Rinaldi, assistenti sanitarie Distretto 8 Nord-Est ASL 10
Annalisa Pennini, Dirigente e Docente di scienze infermieristiche, sociologa
Mariano De Mattia, infermiere DEA Sant'Orsola "Fatebenefratelli" Brescia
Silvia Marabissi, Laureata in lettere contemporanee all'Università di Firenze
Luca Littarru, infermiere servizio psichiatrico territoriale, Pavia
Palma Bernardi, Luciana Coen, Sonia Cortecchi, Paola Gioachin, Nicola Tito della redazione di "Obbiettivo"

Riferimenti Fotografici

Egon Schiele: *La madre morta* (1910) pag.17; *La famiglia* (1918) pag. 18; *Nudo di ragazza con braccia incrociate sul petto* (1910) pag. 37; *Donne recline* (1915) pag. 38; *Seminudo inginocchiato* (1917) pag. 39.

Antiche cartoline di Firenze (Collezione privata) pag. 29 e 30

Obbiettivo professione infermieristica

Organo Ufficiale del Collegio Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigilatrici d'Infanzia di Firenze

Anno XIII n. 3/2003
 Spedizione in a. p. art. 2
 comma 20/c legge 662/96- Firenze

Direttore responsabile
 Giancarlo BRUNETTI

Comitato di redazione
 Laura ADAMI
 Palma BERNARDI
 Moira BORGIOLO
 Cristina BRASCHI
 David BUCCIONI
 Anna CIUCCIARELLI
 Luciana COEN
 Sonia CORTECCI
 Enrico DOLABELLI
(coordinatore sito internet)
 Paola GIOACHIN
 Enrico LUMINI
 Maristella MENCUCCI
 Franca PINELLI
 Eva REALI
 Silvia SENATORI
 Nicola TITO

Segretaria di redazione
 Silvia MINIATI

Direzione e Redazione
 Collegio IPASVI
 Via Pier Luigi da Palestrina, 11
 50144 Firenze
 Tel. 055 359866, fax 055 355648
 e-mail: redazione@firenze.ipasvi.it

Autorizzazione del Tribunale di Firenze n. 4103 del 10/05/91

È consentita la riproduzione totale o parziale degli articoli e del materiale contenuto nella rivista purché vengano citati l'autore e la fonte («Obbiettivo professione infermieristica» rivista del Collegio IPASVI di Firenze). È gradita comunicazione per conoscenza alla redazione

Chiuso in tipografia il 12 gennaio 2004

Stampa
 Tip. Coppini Via dei Serragli, 64r
 50124 Firenze - Tel. - 055.284149

La rivista viene inviata gratuitamente agli iscritti al Collegio IPASVI di Firenze in regola con il pagamento della tassa annuale. La rivista viene inviata per abbonamento al costo annuale di € 18,08 da versare sul c/c postale 15201502 intestato a Tipografia Coppini S.n.c. via de' Serragli, 64r - 50124 Firenze. Gli arretrati avranno un costo di € 5,16 a copia, supplemento «Dispatch» € 2,58 a copia. Richieste di abbonamento e cambi d'indirizzo devono essere comunicati alla segreteria del Collegio.

La donna che l'uomo vuole dipingere non è reale...

Tentando l'impossibile

Giancarlo Brunetti

Le donne sono la maggioranza nella nostra professione e molte tra loro hanno una funzione strategica nella direzione e nel coordinamento dei servizi infermieristici.

Tra curiosità e provocazione mi pongo una domanda, prendersi cura è di genere femminile?

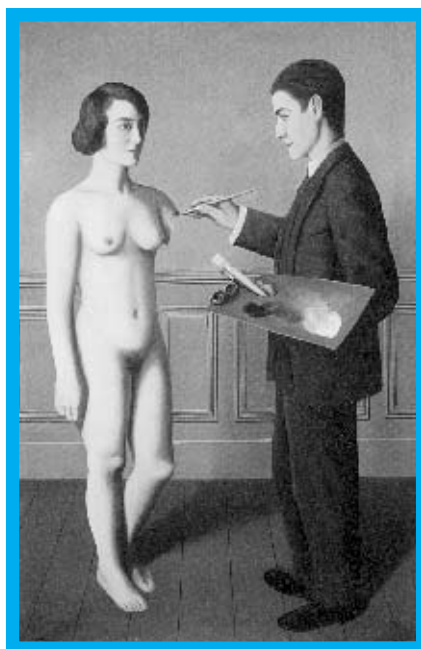
La relazione di cura, storicamente, è ritenuta intimamente connessa all'istinto materno della donna nei confronti del proprio bambino e alla capacità di saper leggere empaticamente i bisogni del figlio, ma esiste davvero un istinto ed una capacità specifica femminile del prendersi cura della persona? E' plausibile affermare che esiste una predisposizione della donna all'assistenza infermieristica?

Ho il sospetto che questo sia il quadro che gli uomini vorrebbero dipingere...tentando l'impossibile.

"Tentando l'impossibile", appunto, come il titolo del quadro di Renè Magritte che ho collocato al centro di questo editoriale quale metafora di un tentativo, alquanto goffo da parte dell'uomo, di disegnare un profilo di donna che esiste solo nel suo immaginario.

L'evoluzione storica ha portato la medicina ad essere un'attività professionale gestita da uomini, alle donne, in qualità di infermiere, è stato attribuito un ruolo subordinato e complementare. Fortunatamente, questa distinzione non è più così netta, molte donne esercitano la professione medica e molti uomini trovano nel nursing una realizzazione professionale e personale.

Un curioso esempio della visione, al maschile, dei ruoli di genere la troviamo già nella mitologia greca. La dea Igea era tenuta in grande considerazione perché impersonava la salute, non aveva nulla a che fare con la malattia, essa simboleggiava la convalescenza secondo la quale gli uomini po-



tevano star bene solo vivendo in armonia con la ragione. Il culto di Igea, più tardi, cominciò ad essere sostituito da quello di Asclepio, il dio della medicina che guariva le malattie. Gli uomini ritennero più facile fare affidamento sui medici e sulle medicine piuttosto che dedicarsi al difficile compito di vivere in modo saggio. Asclepio non divenne famoso per l'insegnamento della saggezza, ma per la conoscenza delle virtù curative delle piante.

Presto Igea fu relegata al ruolo d'ancella...infermiera? Talvolta di figlia o moglie di Asclepio, ma sempre a lui sottomessa. I miti di Igea e di Asclepio simboleggiano l'eterna oscillazione fra due differenti punti di vista della medicina. Per i seguaci di Igea, la salute poteva essere raggiunta dagli uomini vivendo in armonia con la natura, secondo stili di vita sobri e il rispetto dell'ambiente naturale. I seguaci di Asclepio, invece, credevano che la salute si mantenesse contrastando e curando le malattie.

Da una parte il genere femminile, il sentimento, l'approccio olistico, l'assistenza infermieristica, dall'altra il genere maschile, la ragione, il mecca-

nicismo, la medicina. Sarà possibile trovare una convergenza a questo paradigma?

Senza la presunzione di dare una risposta organizzata a tutte le domande sull'argomento, vi proponiamo alcuni articoli per riflettere sull'argomento.

Da parte degli uomini è possibile essere impegnati nel lavoro di cura pur senza essere costretti a negare il proprio lato "femminile" ed avere la capacità di rinegoziare i valori legati al genere superando i condizionamenti educativi e culturali all'interno di una nuova ricerca di sinergie tra uomini e donne.

Sull'amore materno possiamo affermare che non deve più essere considerato solo un istinto legato alla natura femminile, deriva da un comportamento sociale, interpretabile secondo le epoche e le abitudini, quindi un sentimento provato anche dall'uomo, senza rinunciare a nulla della sua identità di genere, un amore in più.

C'è anche chi sostiene la tesi che il genere femminile sia in condizione di guidare una nuova civilizzazione per sue proprie specificità: la minore compromissione con il sistema, la minor pratica della sopraffazione, della violenza e dell'esercizio coercitivo del potere, la maggiore frequentazione con la vita e con il corpo, la maggiore esperienza nella cura degli altri e la sapienza del contenere in sé la vita altrui.

Certo molto ancora resta da fare, perché l'essere donna e madre non comporti discriminazione e non sia motivo di esclusione dalle opportunità che la vita offre. Il contributo della donna è determinante per la salute della collettività e per lo sviluppo della nostra professione, un grazie, quindi, a tutte le donne, a tutte le infermiere, insostituibili compagne di lavoro, alcune tra loro, non si può negare, speciali e indimenticabili.

Modelli di infermiere dalla letteratura internazionale

Buona notte, Florence

Un recente numero della rivista canadese "Nursing Leadership" presenta un articolo dal titolo: "Buona notte, Florence: con una professione infermieristica in crisi, qualcuno dice che è tempo di abbandonare il simbolo rappresentato dalla Nightingale". Credo sia utile parlarne non solo per un interesse storico, capire chi è stata veramente Florence Nightingale, ma anche e soprattutto per cercare di rispondere ad alcuni interrogativi attuali.

Carlo Calamandrei

La Nightingale è ancora un "modello" per gli infermieri e gli aspiranti infermieri? Casomai, per quali aspetti della sua opera? E comunque, vi sono altri personaggi o altre tipologie di infermiere da proporre a esempio per stimolare gli infermieri e gli aspiranti tali a perseguire in maniera ottimale gli obiettivi di questa professione?

L'autrice dell'articolo, Roxanne Nelson, riferisce che, durante un'importante riunione sindacale tenuta in Gran Bretagna nel 1999, fu unanimemente riconosciuto che gli infermieri di oggi hanno bisogno di un nuovo modello di ruolo. L'eredità di Florence Nightingale, che costituisce il modello tradizionale, avrebbe infatti contribuito a mantenere arretrata, sotto certi aspetti, la condizione dell'infermiere, rappresentando di conseguenza una delle cause della grave carenza di personale infermieristico che affligge il Regno Unito (e molti altri paesi). Ma qual è questa eredità? Da varie fonti, citate anche dalla Nelson, sappiamo che la figura della Nightingale è andata incontro ad un processo di mitizzazione che ha esaltato oltre misura certi suoi pregi e meriti e ne ha ignorati altri, unitamente ad alcuni gravi limiti. Per esempio, molti quadri e statue raffigurano Florence con in mano la lampada con la quale, nel corso della guerra di Crimea, al termine di giornate di lavoro intenso e faticoso, faceva i suoi giri notturni per

consolare e sostenere i soldati malati o feriti che erano ricoverati nell'ospedale militare di Scutari (oggi Uskudar, un distretto di Istanbul). La "signora con la lampada" è diventata per generazioni di infermieri un simbolo positivo, ma unilaterale, di dedizione agli assistiti (una caratteristica a cui è stato facile abbinare la docilità e l'obbedienza ai medici), mentre altri aspetti della sua personalità e della sua opera, non meno importanti, sono passati in secondo piano.

Un'attenta rivisitazione sta oggi evidenziando che le vicende della sua vita sono state più complesse e contraddittorie di quanto mostrino le immagini edulcorate della tradizione. Per fare degli esempi, secondo certe testimonianze dell'epoca ritenute attendibili, Florence era mossa ad agire non solo dalla compassione per i sofferenti, ma anche, anzi di più, da una grande ambizione, che influiva sul suo modo di relazionarsi con gli altri. Inoltre non risponderebbe a verità l'idea, finora comunemente accettata e importante per la nascita del mito, che il gruppo di infermiere da lei guidato avrebbe fatto scendere rapidamente il tasso di mortalità tra i soldati ricoverati nell'ospedale di Scutari grazie ad un'instancabile attività di pulizia degli abiti, di cura del letto e dell'alimentazione e così via. Il rapido decremento dei casi di morte ci fu davvero, ma sembra che si sia prodotto a partire dal marzo 1855, dopo che una commissione sanitaria britannica ave-

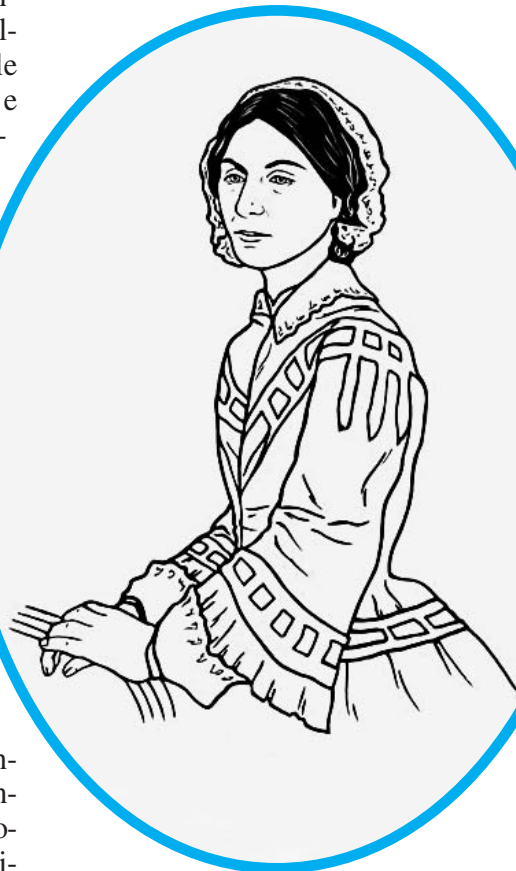
va fatto risanare le fognature sotto l'ospedale.

Bisogna dunque ricostruire, anche se per sommi capi, la storia vera di questo personaggio per valutarne la validità e l'attualità come esempio per gli infermieri.

Florence Nightingale, nata a Firenze nel 1820 da una famiglia inglese molto ricca, ricevette un'ottima istruzione e, divenuta adulta, rifiutò la vita frivola, da "signora della casa", che era tipica delle donne della sua classe sociale. All'età di 25 anni decise di dedicarsi all'assistenza infermieristica, nonostante lo squalore degli ospedali del tempo e le corrispondenti condizioni sociali e culturali del personale di assistenza; dopo sei anni il padre si vide costretto a dare il suo assenso e Florence divenne sovrintendente di un ospedale per donne invalide. Nel 1854 iniziò per lei l'avventura della guerra di Crimea, in cui – insediata a Scutari a capo di una quarantina di infermiere da lei scelte, seguite poi da un'altra cinquantina – si distinse per dedizione, chiarezza di obiettivi e capacità gestionali e dalla quale ritornò nel 1856, accolta in patria come un'eroina. Nel 1860, con il denaro raccolto in suo nome, fu istituita presso il St. Thomas' Hospital di Londra la prima scuola moderna per infermiere, una scuola realmente "professionale" comunemente denominata Scuola Nightingale. Di fatto questa divenne ben presto un centro di formazione di insegnanti e di dirigenti che diffusero in varie parti del mondo principi innovatori come quelli della necessità di una preparazione specifica delle infermiere e di una loro autonoma organizzazione.

Fino quasi alla morte (1910) la Nightingale operò dietro le quinte per realizzare obiettivi di grande importanza: il miglioramento delle condizioni sanitarie dell'esercito, la riforma degli ospedali civili, la trasformazione del sistema di sanità

pubblica dell'India (allora colonia britannica), il riconoscimento dei diritti delle prostitute e così via. Quando scoppia negli Stati Uniti d'America la guerra di secessione (1861) il governo di Washington la consulta sui problemi dell'assistenza infermieristica in tempo di guerra e dell'organizzazione sanitaria dell'esercito. Il filantropo ginevrino Henry Dunant, il fondatore di quella che diverrà la Croce Rossa, associazione internazionale na-



ta con lo scopo di prestare soccorso ai feriti, ai malati e ai bisognosi in caso di guerra o di altra calamità pubblica, dirà di avere preso esempio dall'azione di Florence Nightingale.

Tra gli scopi principali della Nightingale vi fu sempre quello di trasformare l'infermieristica in una occupazione laica rispettabile e basata su una specifica preparazione professionale. Ma per raggiungerlo fece anche scelte discutibili, come quella di opporsi alla "registrazione" delle infermiere (per quel momento sto-

rico il femminile è d'obbligo), perché i relativi esami, secondo lei, non potevano cogliere le reali qualità di una buona infermiera, a cominciare dalla sua "vocazione". E' discusso se e quanto tali idee, che oggi appaiono almeno in parte contraddittorie, abbiano ostacolato un pieno sviluppo dell'infermieristica come "professione", sviluppo del quale ha comunque posto le basi.

In conclusione, è chiaro che Florence Nightingale, con i suoi indiscutibili pregi e alcuni gravi limiti e contraddizioni, è un personaggio dell'Inghilterra dell'Ottocento. Sarebbe senz'altro eccessivo ritenere la responsabile di fenomeni del nostro tempo, in sostanza di quell'insufficiente riconoscimento della professionalità dell'infermiere che si esprime in uno stipendio inadeguato rispetto alle responsabilità, in un potere limitato nei confronti di altre professioni e così via.

Anzi – si dice nell'articolo della rivista canadese – la Nightingale può rappresentare ancora un esempio significativo di professionista se viene considerata non solo e non principalmente come la "signora con la lampada", ma come una infermiera che fu anche una riformatrice in campo sanitario, che credeva nell'igiene pubblica e nella statistica (nell'uso della quale fu una pioniera), che si impegnò per contribuire alla realizzazione di importanti obiettivi di politica sanitaria e per ottenere una specifica e adeguata formazione del personale infermieristico.

Detto della Nightingale, ci sono esempi più attuali ai quali gli infermieri si possano ispirare? Roxanne Nelson risponde accennando non ad un altro personaggio storico ma a un tipo relativamente nuovo di infermiere: il *nurse practitioner* termine difficilmente traducibile in italiano (vedi articolo pag. 31).

Tale operatore è un infermiere generalmente in possesso di un master in scienze infermieristiche e, il più



Firenze - La lapide posta sulla casa natale della Nightingale in via delle Campora

delle volte, accreditato anche come specialista in assistenza pediatrica o psichiatrica o alla famiglia e così via. Nato negli Usa per assistere popolazioni altrimenti trascurate nelle aree rurali, nelle riserve o nei centri cittadini più poveri, opera oggi anche negli ospedali e in altre strutture non solo di quel paese ma anche di altri come l'Australia, il Canada, la Gran Bretagna, l'Irlanda, il Sudafrica. Le sue attribuzioni variano a seconda della legislazione, ma in molti casi questo professionista raccoglie l'anamnesi e visita i pazienti, fa diagnosi di malattia (almeno di certe malattie), prescrive e interpreta indagini diagnostiche di vario tipo, prescrive e somministra determinati farmaci. In alcuni stati può esercitare la sua attività in modo indipendente.

E' bene che la professione infermieristica miri allo sviluppo di questa figura? Sarebbe realistico crearla anche in Italia, dove i medici certo non mancano? Il *nurse practitioner* - con le sue vaste competenze "mediche" - va nella direzione di un'attività professionale basata su una specifica "scienza infermieristica", che molti studiosi considerano una "scienza umana" più che biomedica, oppure va in un'altra di-

rezione? La discussione è aperta.

A proposito di esempi e modelli, la mia opinione è che nel nostro paese, in attesa di individuarne di nuovi (il laureato di secondo livello sarà tale?), sia importante realizzare appieno e in maniera diffusa quanto è previsto dal profilo professionale (D.M. 14 settembre 1994, n. 739), oltre che dal codice deontologico rinnovato nel 1999.

Per limitarsi agli aspetti essenziali del profilo, è bene ricordare che in base ad esso l'infermiere ha le seguenti attribuzioni:

E' responsabile dell'assistenza generale infermieristica, dunque non è un semplice esecutore di compiti. Fornisce un'assistenza infermieristica che:

- può interessare gli ambiti della prevenzione, della cura, delle cure palliative e della riabilitazione. Questo significa che l'infermiere è una figura dalle competenze ampie e diversificate;

- è di natura tecnica, relazionale e educativa, quindi in grado di soddisfare bisogni fisici e psico-socio-spirituali della persona considerata nella sua interezza. Questo carattere olistico dell'assistenza infermieristica è molto impegnativo perché implica la capacità di stabilire rela-

zioni terapeutiche con gli individui (e i gruppi) più diversi per caratteristiche personali, esperienze di vita e cultura.

E' in grado di svolgere un processo nell'ambito del quale:

- *partecipa all'identificazione dei bisogni di salute e identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività.* Si tratta di esercitare un *giudizio clinico* (nel secondo caso autonomo) che permetta di riconoscere quelli che, secondo un'importante scuola di pensiero, sono rispettivamente i "problemi collaborativi" e le "diagnosi infermieristiche". Più avanti il profilo stabilisce che l'infermiere *agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;*

- *pianifica (formulando gli obiettivi), gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico.* In altre parole, applica le fasi del processo di assistenza successive al riconoscimento dei bisogni, con una variante: non "attua" l'intervento pianificato ma lo "gestisce". Questo fa pensare che l'infermiere possa coinvolgere nel processo altre figure (in pratica il personale di supporto, soprattutto l'OSS, anche se istituito qualche anno dopo), ferma restando la sua responsabilità complessiva;

- *garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.* Anche per questo aspetto strettamente collaborativo del lavoro dell'infermiere vale quanto detto al punto precedente: egli non "esegue" né "applica" le prescrizioni ma ne "garantisce la corretta esecuzione", potendo quindi affidarne l'esecuzione ad altri, ovviamente nei limiti fissati dalla normativa;

- come in parte già detto ai due punti precedenti, *per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.* Si tratta di decidere cosa fare personalmente e cosa assegnare a operatori di supporto, in particolare all'OSS e all'OSS con for-

mazione complementare in assistenza sanitaria. E' una responsabilità delicata perché implica la capacità di scegliere le persone più idonee, dare loro le necessarie indicazioni, esercitare la supervisione e così via;

– *contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.* Non occorrono molte parole per mettere in risalto l'importanza di attività come la formazione e la ricerca.

Tutte queste disposizioni si applicano all'infermiere generalista, per il quale si prevede inoltre la possibilità di una *formazione infermieristica post base per la pratica specialistica* in vari campi.

Per concludere, il profilo professionale dell'infermiere, anche se può essere criticato per certi aspetti, delinea un *professionista* nel pieno senso del termine, che si assume responsabilità e opera in modo fondamentalmente autonomo (anche se necessariamente collaborativo in certi ambiti). Si presume che egli sia in possesso di un bagaglio di competenze e di un senso di responsabilità (ben esplicitate dal già citato codice deontologico) tali da renderlo protagonista nell'azione multidisciplinare di promozione e tutela della salute della popolazione. Penso che questo sia oggi il principale "modello" al quale gli infermieri e gli aspiranti tali possano e debbano ispirare il proprio agire.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Calamandrei C., *L'assistenza infermieristica. Storia, teoria, metodi*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993, 2a ed. (cap. 1).
- Motta P. C., *Introduzione alle scienze infermieristiche*, Carocci, Roma, 2002.
- Nelson R. (2003). Good Night, Florence: With Nursing in Crisis, Some Say It's Time to Retire Nightingale as a Symbol. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, Vol. 16 N. 2:46-50.
- Royal College of Nursing, *Defining nursing*, www.rcn.org.uk, aprile 2003.



Collegio Infermieri Assistenti Sanitari Vigilatrici d'Infanzia - IPASVI Firenze

www.firenze.ipasvi.it

Per il bene della tua salute...

...Controlla se chi ti assiste è abilitato a farlo!



Diffida di pericolosi imitatori!

L'infermiere è abilitato solo se iscritto all'Albo!

Consulta personalmente l'Albo presso il Collegio IPASVI di Firenze, Via Pier Luigi da Palestrina n. 11, oppure telefona allo 055 359866 il lunedì ore 15-19, il mercoledì ore 9-12 e il venerdì ore 15-19

Cercare sinergie tra donne e uomini nella professione di cura

Il potenziale femminile

Luciana Coèn

Storicamente, fino ai primi anni '70, la professione infermieristica era esclusivamente al femminile "valorizzando" alcune caratteristiche ritenute proprie della donna e necessarie per svolgere tale professione di cura parimenti era quasi esclusivamente al maschile la professione medica. La contrapposizione oltre che professionale, veniva ad essere anche di genere e ne consegue una contrapposizione di «potere».

Tornando al potenziale femminile, la dirigenza infermieristica è per la maggior parte al femminile; nella ASL 10 di Firenze su dieci dirigenti, sette sono donne e tre maschi; l'Azienda Ospedaliera Careggi e l'Azienda Ospedaliera Meyer hanno alla dirigenza infermieristica donne.

Rispetto ad un intervento formativo per valorizzare il potenziale femminile nelle donne manager, nella professione infermieristica, la risposta sembra essere negativa; più precisamente la componente femminile della professione infermieristica ha bisogno di valorizzare alcuni aspetti del potenziale femminile, dal momento che le sono state richieste solo alcune caratteristiche a scapito di una globalità del loro potenziale. Per tanto tempo (almeno fino all'apertura degli studi infermieristici e medici all'altro sesso) era facile per l'infermiera, nei confronti del medico, cadere nel "potere ip-

notico del dominio" (Virginia Woolf) riconoscendo la parte attiva che le donne (nel nostro caso le infermiere) giocano nel collaborare alla loro sopraffazione. Penso che il rapporto all'interno del privato – padre/figlia, marito/moglie – sia stato riportato in un luogo "pubblico", il luogo delle cure, con il rapporto medico/infermiera. Forse, purtroppo, uno dei motivi storici della difficoltà della professione infermieristica a crescere e a sganciarsi dal predominio medico può risalire a questo tipo di contrapposizione di "genere", "...un archetipo apparentemente inestirpabile, tenacemente radicato nell'inconscio femminile, costituisce l'unico blocco all'emanci-

pazione e alla rottura di un tetto di cristallo che per prime le donne si costruiscono...le istanze cui rifarsi (per rompere il tetto di cristallo, nda) non stanno dentro le mura domestiche...ma sono rappresentate da scuola e Stato, è all'interno di queste istituzioni che occorre lavorare." (Claudia Piccardo).

La seconda riflessione, forse un po' provocatoria, è se non sia necessario, per la professione infermieristica, individuare interventi formativi rivolti alla componente maschile per valorizzare il "loro" potenziale femminile: l'autrice, infatti, definisce e cataloga alcune qualità come "di genere femminile" senza comunque attribuirle unicamente al sesso femminile: "...una visione che...afferma l'importanza di riconoscere l'altro e la bisessualità psichica, non neutralizzare i contrasti e le bipolarità ed invece esaltare le differenze poiché, come dice Jung, la totalità dell'uomo non può che essere descritta per antinomie." (ibidem).

Comincia ad essere indiscutibilmente presente un cambiamento nella figura maschile, perché sono sempre più numerosi gli uomini che si occupano della cura dei figli, dei familiari e della casa, occupazioni fino a poco tempo fa riconosciute come rigorosamente femminili. L'attenzione di alcune aziende orientata quasi esclusivamente verso le problematiche della donna lavoratrice potrebbe essere ri-orientata verso le problematiche dell'uomo lavoratore.



foto Matteo Forni

In un articolo apparso sulla rivista Sviluppo & Organizzazione (n°176 novembre-dicembre 1999) l'autrice, Claudia Piccardo, e la curatrice, Barbara Poggio, analizzano i risultati di una ricerca che voleva dimostrare il vantaggio di investimenti formativi destinati a donne manager per valorizzare il loro potenziale femminile. Sembra che le donne appartenenti alla professione infermieristica non ne abbiano necessità, anzi, dall'analisi nasce una proposta interessante e provocatoria, perché non individuare interventi formativi rivolti alla componente maschile per valorizzare il "loro" potenziale femminile?



foto Matteo Forni

Ciò porterà a far sì che la valorizzazione del potenziale presente in ognuno, passi attraverso la valorizzazione del potenziale creativo presente nell'incontro sessuato: "...nessuna forza potrà essere ridotta ad un'altra, ...noi possiamo dire che maschile e femminile non sono riducibili (ma neppure irriducibili) l'uno all'altro. Nella prospettiva di genere che si apre le relazioni di subalterità o totalizzanti non trovano più spazio, mentre diventa centrale l'idea della liminarità (dal latino liminaris = dalla soglia cioè la capacità e l'abilità di stare sulla soglia o di oltrepassarla continuamente e quindi a passare dall'universo maschile a quello femminile e viceversa), di una continua spola fra gli universi simbolici del maschile e del femminile, dove ciò che dif-

ferenza può anche unire." (Barbara Poggio).

Nella speranza di aver suscitato dubbi, perplessità, riflessioni per ripensare il lavoro infermieristico in una dimensione femminile, ma che comprenda la rivisitazione e il riconoscimento del potenziale femminile negli uomini infermieri, concludo con un'ultima citazione dall'articolo:

"E' in gioco la possibilità di individuare un ambito di elaborazione e di transito tra il sentirsi, da parte delle donne, donne "femminili" nelle organizzazioni e poter essere soggetti sociali produttivi oltre che riproduttivi, senza rinunciare a parti di sé, senza perdere la propria specificità e trasferendo anzi nel sistema produttivo le competenze e le sensibilità eventualmente

maturate in quello riproduttivo. Da parte degli uomini tale processo può rappresentare l'occasione per verificare la possibilità di essere soggetti sociali produttivi e "riproduttivi", impegnati a loro volta nel lavoro di "cura", all'interno dei sistemi sociali produttivi al pari di quelli riproduttivi, non costretti a negare il loro lato "femminile"; poter quindi, gli uni e le altre, rinegoziare le categorie culturali all'interno di una nuova ricerca di sinergie tra uomini e donne, che non intenda neutralizzare le differenze ma anzi esaltarle in un'ottica integrativa, poiché...è la tensione tra gli opposti, e non la loro assimilazione, omogeneizzazione e omologazione indifferenziata, che consente le imprese più impegnative." (Claudia Piccardo).

Le dinamiche socio-culturali del «curare» in un'ottica di genere

Merita riflettere sulla figura di donna intesa come colei che cura, che si prende cura di bambini, adulti, anziani, ammalati, per scorgervi, in una lettura antropologica, ciò che per le donne significa in termini personali, di sentimenti ed emozioni in gioco, e in termini di ruoli, aspettative e rinunce, svolgere un tale lavoro di cura.

Mara Mabilia

Premessa

Le donne, al di là dell'area, geografica, culturale, sociale ed economica di appartenenza si trovano, nel corso della loro esistenza, al pari degli uomini, a dover interpretare più ruoli definiti sulla base di quell'insieme di processi volti alla costruzione sociale del "modo di essere donna" e del "modo di essere uomo" che ogni società, nel corso della sua storia, va elaborando. Processo sintetizzato dal concetto di genere¹.

E' un dato contestuale sociale, dunque, a definire i ruoli che donne e uomini devono ricoprire, le aspettative sociali e culturali che vengono loro distintamente attribuite, i limiti e le difficoltà che devono affrontare e i meccanismi che devono essere attuati per affrontarli. Pertanto, porre la questione del "modo di essere donna" e del "modo di essere uomo" all'interno della società vuol dire, allo stesso tempo, interrogarsi sui ruoli, sui modelli relazionali, sulle opportunità che essere nati femmina o maschio permette e/o impone.

Nell'organizzare l'attività di donne e uomini, la cura dei bimbi e la cura dei membri del proprio nucleo familiare sembrano essere prerogative femminili, tanto da accomunare le donne al di là della loro cultura di appartenenza. Se però alle donne generalmente spettano questi compiti, il modo di attuarli è straordinariamente vario, come vario è il loro grado di coinvolgimento.

Che cosa hanno in comune le madri di tante aree del mondo che tengono con sé il proprio piccolo giorno e notte, nel

riposo e nel lavoro, che lo nutrono per più anni con il proprio latte e le madri dell'opulento Occidente che, dopo almeno due decenni di mancato allattamento, lo hanno reintrodotta per alcuni mesi e delegano presto ad altri la cura della prole?²

Se l'impegno materno è mutato perché mutati sono i contesti al cui interno prende forma (ma sono mutate le aspettative che donne e uomini hanno verso questo ruolo?), la stessa figura dell'adulto, altro polo tradizionale di cura delle donne, trovava più tutela in contesti familiari un tempo a noi noti ma, oggigiorno, del tutto estranei. Le famiglie estese delle nostre aree rurali fin nell'immediato secondo dopoguerra, sono state l'ambito privilegiato di salvaguardia, custodia e cura degli anziani, compito affidato alle donne di casa, al tempo stesso, mogli, madri, nuore, figlie.

Oggi, se la struttura familiare è profondamente mutata, se mutati sono gli scenari economici, non per questo mutati sono i bisogni primari degli individui in termini di cura, di aiuto, di assistenza, di condivisione.

Merita, allora, riflettere su questa figura di donna *carer*, colei che cura, colei che si prende cura di, bambini, adulti, anziani, ammalati, per scorgervi, in una lettura antropologica, ciò che per le donne significa in termini personali, di sentimenti ed emozioni in gioco, e in termini di ruoli, aspettative e rinunce, svolgere un tale lavoro di cura.

Donne: madri

Nell'universale divisione dei compiti tra femmine e maschi, è altrettanto univer-

sale il trovare la cura della prole affidata alle donne, in qualità di madri. La storia, però, della nostra evoluzione come specie, ci dice che le madri hanno sempre dovuto contare anche sull'aiuto di altri per crescere i figli.

Un malinteso istinto materno ci ha fatto credere ad automatismi tali tra partorire un bimbo e l'"essere madre" perché tutto ci venga suggerito da stati emotivi interiori, da sapienze ataviche, senza sapere quanto anche tutto questo partecipi del nostro processo inculturativo³ per cui siamo quello che siamo e null'altro. Quando nella mia ricerca tra i Wagogo⁴, osservavo le madri allattare e accudire i figlioletti vedono le donne esprimere modi di sentire, manifestare atteggiamenti, modi di essere madre che andavano costruendosi attraverso sia il loro rapporto diretto con il neonato sia attraverso quell'apprendimento che aveva segnato parte della loro fanciullezza ed adolescenza. Le bambine Gogo, infatti, comprendono molto presto quale sarà il loro ruolo da adulte e, crescendo, si vedono proiettate nel ruolo di mogli, di madri, di nutrici. E quando nei riti di pubertà, passaggio importante della riconosciuta maturità fisiologica e sociale, una giovane era istruita dalle donne anziane sui suoi doveri, sui suoi compiti, ma anche diritti di futura donna adulta, coniugata e madre, essa poteva fare affidamento su di un bagaglio culturale che l'avrebbe aiutata a compiere quell'importante passo verso la completa maturità fisica e sociale.

Pertanto vivere vicino a queste donne mi ha fatto toccare con mano, esperienza umana prima che scientifica, come la

maternità sia un processo non solo fisiologico, ma un processo segnato profondamente, oltre che da istanze psicologiche, anche da istanze culturali e sociali, con proprie regole e con proprie aspettative.

Diventa, così, chiarificatore distinguere il processo fisiologico, "diventare madre", *motherhood*, evento proprio della fisiologia femminile, mettere al mondo un figlio, dal "fare la madre", *mothering*, cioè la relazione socialmente costruita e, come tale, passibile di modelli di comportamento diversi, in cui un individuo nutre e si prende cura di un altro individuo⁵.

Dana Raphael a questo proposito ha parlato di *matrescence*⁶ quale passaggio, il prendersi cura di un altro individuo, "che non ha eguali in nessun'altra esperienza di vita" e non sorprende che in molte culture questo passaggio sia contrassegnato da riti e cerimonie intese ad aiutare la puerpera ad affrontare questo suo nuovo compito.

Interessante è ricordare che anche il mettere al mondo un figlio non sempre fa di una donna una madre, questa prerogativa può variare tra le culture. L'essere considerata madre quando la gravidanza è certa o l'essere considerata madre solo alla nascita del primo figlio maschio, sta a dimostrare come eventi propri della fisiologia, quindi strettamente legati alla natura, e quindi gestiti da leggi universali, vengono variamente interpretati, acquisendo valenze sociali e culturali di grande rilevanza per l'individuo come per la comunità tutta.

Questi due momenti nella vita delle donne, di tutte le donne, legate alla "maternità", sono tenute in grande considerazione in culture che continuiamo ancora a chiamare *primitive* o *arretrate*, mentre noi non sempre riflettiamo su questi due livelli, "l'essere madre" e "fare la madre", con la dovuta attenzione.

Dovremmo avere maggiore consapevo-



foto Nicola Tio

lezza che, se fisiologicamente una donna diventa madre nell'istante in cui mette al mondo un nuovo essere umano, culturalmente, socialmente e psicologicamente, "fare la madre" è molto più complesso, come ne danno testimonianza i disagi che una puerpera può percepire, fino a sfociare nella riconosciuta depressione *post partum*.

La letteratura antropologica ci ha dato molteplici esempi di una grande varietà di comportamenti nell'allevamento della prole come del sostegno che la puerpera ha da altre donne durante il puerperio.

Ancora nei primi decenni del '900 nelle aree rurali europee, ad esempio la Grecia, una donna, parente o vicina, aiutava e assisteva una puerpera nei lavori domestici e le dava consigli nell'allattamento. Anche in Italia, come dimostrano studi in Sardegna, era generalmente la mamma della puerpera ad aiutare la figlia per alcune settimane dopo il parto, un aiuto che era oltre che un sostegno materiale un importante supporto psicologico⁷.

Oggi, nella nostra società, diventa sempre più frequente delegare ad altri, istituzioni o altre figure professionali, la cura della prole, mentre le madri sono impegnate in lavori extra-domestici. Pertanto se la cura del nuovo nato permane una prerogativa femminile, ed è la

madre tra le pareti domestiche a svolgere questo ruolo, è altrettanto vero che molto presto i bambini escono dall'ambito familiare per essere accuditi, nell'arco della giornata, da altre figure, generalmente femminili, professionalmente all'uopo preparate.

Nei cambiamenti intervenuti nei nostri modelli familiari, lavorativi, nei nostri modelli di comportamento, permane, però, poco mutato un *senso*, un *sentimento* del "fare la madre" che una tradizione continua a considerare più legato agli archetipi della specie *Homo sapiens* che non a problematiche e questioni di *genere*. In questi contesti la donna-madre può trovarsi a sperimentare tensioni emotive, tensioni psicologiche compromissorie per la qualità stessa della sua vita di donna, di madre e di moglie. Sì, anche di moglie perché nel rispondere alle attese, alle esigenze di coppia trova un compagno, padre e marito che, coinvolto anch'egli nelle esigenze del figlio, vede ridotta a mera routinarietà il tempo per sé e per la sua compagna.

Donne: lavoro di cura

Uno studio condotto in Inghilterra alla fine degli anni '80 del secolo scorso⁸, ci dice che non solo sono, per lo più, le donne ad accudire un genitore anziano, ma sono donne che prestano questo lavoro in condizioni di marcato disagio econo-

mico, se non di vera e propria povertà. Qui la questione di *genere* assume una notevole rilevanza nel determinare le aspettative che la società e la famiglia hanno nei riguardi di femmine e maschi e, in definitiva, poi, di donne e uomini. Sin dall'infanzia sono più le ragazze che i ragazzi ad essere investite di doveri, i quali le fanno sentire emotivamente e moralmente coinvolte nel prestare aiuto e servizi in ambito familiare⁹. Quando, poi, questo loro impegno si protrae nel tempo, le ricadute sul piano personale possono essere alte: minor educazione e quindi minor possibilità di accedere al mercato del lavoro e, di riscontro, un precario livello di vita, con stress e fatica traducibili, assieme ad una bassa autostima, in un altrettanto precario stato di salute¹⁰.

Posto così il problema, viene meno quello stereotipo di "angelo del focolare" che tanti costi ha richiesto, e continua a richiedere alle donne, in termini di be-

nessere e di possibile libertà d'azione, nel costruire il proprio futuro.

Mentre in Italia e, più in generale, nel mondo occidentale le donne oggi possono godere di un benessere e di opportunità senz'altro maggiori di quelle delle loro nonne, non dobbiamo dimenticare che per milioni di "altre" donne l'accesso all'istruzione, ad un lavoro retribuito, ai servizi sanitari, ai diritti di proprietà, alla gestione della propria sessualità, al riconoscimento della propria libertà d'azione, rimangono in gran parte estranee a quel processo che fa di una bambina una donna. Privazioni che comportano un'ulteriore privazione che taglia trasversalmente tutti questi "diritti mancati": l'impossibilità di avere piena consapevolezza di queste *deprivazioni*. Benessere e libertà d'azione binomio messo in luce già nel lontano 1792 nel saggio "*Rivendicazione dei diritti della donna*" con il quale Mary Wollstonecraft intese sottolineare come la promozione

del benessere delle donne dovesse essere vista finalizzata alla loro *libertà d'azione*.

Due secoli dopo, il premio Nobel per l'economia, Amartya Sen¹¹, ha scritto che «la limitazione del ruolo attivo delle donne danneggia gravemente la vita di *tutti*: donne e uomini, bambini e adulti».

Perché ho citato questi due scritti? Perché mettono a fuoco le due facce di un'unica medaglia: da un lato il diritto delle donne di fare *per sé* e, dall'altro, il beneficio che l'intera collettività ne trarrebbe quando venissero meno le discriminazioni a cui le donne sono tuttora oggetto, pur in modo variabile, nelle diverse società.

Se in questi ultimi vent'anni le donne, nella nostra società, hanno acquisito nell'esercizio di una professione un punto di grande valore strategico sia per la propria autonomia economica sia per il riconoscimento di una identità professionale e personale, la distribuzione fra fem-

Note

¹ *Genere*: «l'insieme dei processi, adattamenti, modalità di comportamento e di rapporti, con i quali ogni società trasforma la sessualità biologica in prodotti dell'attività umana e organizza la divisione dei compiti tra gli uomini e le donne, differenziandoli l'uno dall'altro» Rubin, G. (1975) "The traffic in women: notes on the «Political Economy» of sex". In R. Reiter (ed by) *Towards an anthropology of women*. Monthly Review Press, New York, pp.157-210. Vd. Piccone Stella, S e C. Saraceno (1996). (a cura di) *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*. Il Mulino, Bologna.

² Kitzinger, S. (1980) *The Experience of Breastfeeding*. Pinguin, London; Palmer, G.(1990) *The Politics of Breastfeeding*. Pandora, London; Maher, V. (1992) (a cura di) *Il latte materno. I condizionamenti culturali di un comportamento*. Rosenberg & Sellier, Torino; Whitaker, E.D. (1994) "Intersezione dei processi storici e bioculturali dall'«organismo materno». Pratiche nutritive infantili nel periodo fascista". In A. Destro *Le politiche del corpo*. Patron Editore, Bologna.

³ Inculturazione: processo educativo grazie al quale gli individui vengono resi partecipi della cultura in cui sono nati e in cui crescono. Tale processo fornisce l'individuo di linee guida, "lenti ereditate", le ha definite Helman, attraverso le quali percepire e comprendere il mondo ed imparare a vivere in esso (Helman, C.G. (1990) *Culture, Health*

and Illness. Butterworth-Heinemann Ltd, pag.3.

⁴ Ho svolto per tre anni una ricerca tra i Wagogo sui processi sociali e culturali inerenti all'allattamento all'interno di un progetto pediatrico che il CUAMM Medici con l'Africa, aveva nella regione di Dodoma, Tanzania. Alcune mie pubblicazioni sull'argomento: (1996a) «Beliefs and Practices in the Breastfeeding and Weaning among the Wagogo of Chigongwe, Dodoma Rural District, Tanzania. I. Breastfeeding». In *Ecology of Food and Nutrition*, vol.35, pp.195-207. (1996b) «Beliefs and Practices in the Breastfeeding and Weaning among the Wagogo of Chigongwe, Dodoma Rural District, Tanzania. II Weaning». In *Ecology of Food and Nutrition*, vol.35(3), pp.209-217; (1998). «Allattamento: processo composito e complesso. Un caso etnografico». In M. Mabilia (a cura di) *Allattamento materno*, PRAE 3, Quaderni del Centro Scientifico Regionale di Prevenzione Sanitaria, Cagliari, Casa Editrice Aisthesis, Milano. Pp. 101-116; (2001) "Allattamento come dono? Un caso etnografico". *DiPAV*, 2, pp.115-136.

⁵ Nakano Green, Chang, G. and L. R. Forcey (1994) *Mothering. Ideology, Experience, and Agency*. Routledge, London; Blaffer Hrdy, S. (1999) *Mother Nature*. University of Texas Press.

⁶ Raphael, D. (1966) The lactating suckling process in the matrix of supportive behaviour. Ph.D. Thesis, Columbia University.

⁷ Raphael, D. and F. Davis (1985) *Only Mo-*

thers Know. Patterns of infant Feeding in traditional culture. Greenwood Press, Westport, CT. Cito solo alcuni altri titoli: DeLoache, J. and A. Gottlieb (2000) *A World of Babies*. Cambridge University Press; Kitzinger, S. (1978) *Women as Mothers: How They See Themselves in Different Cultures*. Vintage books, New York; (1994) *Ourselves as Mothers*. Addison Wesley, New York.

⁸ Olsen, R. (1996) "Young carers: challenging the facts and politics of research into children and caring". *Disability and Society*, vol.11(1), pp.41-54.

⁹ Parker, G. (1993) *With this body: caring and disability in marriage*. Open University Press, Buckingham.

¹⁰ Payne, S. (2001) "malattia e ruoli femminili: dipendenza economica, responsabilità di cura e povertà". C. Faccini e E. Ruspini (a cura di) *Salute e disuguaglianze*. Franco Angeli, Milano.

¹¹ Sen, A. (2000) "Ruolo attivo delle donne e mutamento sociale". In A. Sen *Lo sviluppo è libertà*. Mondadori, Milano.

¹² Facchini, C. e E. Ruspini (2001) *Salute e disuguaglianza. Genere, condizioni sociali e corso di vita*. Franco Angeli, Milano; Commissione Nazionale Pari Opportunità tra uomo e donna (2003) *Curare e essere curati: una opportunità, un diritto*. Atti del Convegno, Milano.

¹³ Alain Caillé ha parlato al riguardo di «terza rete», la rete della socialità. Caillé, A. (1998) *Il terzo paradigma*. Bollati-Boringhieri, Torino.

mine e maschi nel lavoro non retribuito non è cambiata. Se è vero che nel volontariato, così ricco nel nostro paese, uomini e donne si vedono impegnati, l'ambito familiare vede di gran lunga le donne, mogli e madri, prendersi cura del marito, dei figli, svolgere i lavori domestici, avere la responsabilità dell'organizzazione del ménage familiare e, quando i figli sono cresciuti, doversi assumere la responsabilità, in qualità di figlie o di nuore, della cura degli anziani genitori.

Tra i molteplici livelli dell'organizzazione di una società, questo ambito familiare rappresenta una nicchia, indispensabile alla stessa organizzazione comunitaria, nella quale non solo il lavoro è gratuito, ma è un lavoro dove la sua non visibilità è leggibile solo col ritenerlo come *naturale* dominio femminile, da cui la bassa o nulla riconoscibilità sul piano sociale di servizio.

Non solo, però, la società si aspetta che di fronte ad una maternità la madre lasci il mondo del lavoro per badare al neonato, non solo si aspetta che i genitori anziani trovino conforto e aiuto nelle figlie più che nei maschi, ma sono le stesse donne che vivono il "prestare cura" come un lascito in quanto donne, riproponendo in questo modo un modello ove i "doveri morali" vengono trasmessi e introiettati secondo linee di *genere*.

Il doppio lavoro fuori e dentro casa, lo stress psico-fisico, gli stessi sensi di colpa dettati da una educazione che attribuisce alla donna il lavoro di cura, che, quando riguarda i figli, non viene meno neppure con un impegno condiviso grazie ad aiuti interni ed esterni la famiglia, stanno tutti a dimostrare l'esistenza di una iniqua distribuzione di compiti tra i *generi* che ripropone una disparità di gran lunga tutta a scapito delle donne. Questa si manifesta sul piano della professione, sul piano degli stessi rapporti sociali, dentro e fuori la famiglia e sul piano della salute¹².

Affrontare questo problema vuol dire non ridurlo ad un livello personale lasciando a donne e uomini la ricerca delle soluzioni. Per una società che ambisce a definirsi "civile" affrontare il problema del "prender cura" vuol dire chiamare in causa la società nel suo complesso, le sue istituzioni, i suoi modelli

organizzativi, il significato che di società ne hanno i soggetti che la compongono. Inoltre, rendere visibile il progetto "del prendere cura", significa, dare valore, acquisire consapevolezza, di quelle complesse dinamiche del dare e dell'avere sulle quali si costruiscono i legami sociali¹³. Un senso del "prender cura", dunque, "costruito", "sperimentato" e vissuto a partire dall'educare le nuove generazioni a modelli di comportamento

in grado di fare delle femmine e dei maschi, donne e uomini, attori sociali, consapevoli di compiti non affidati ad una vacua natura umana divisa in gerarchici stereotipi femminili e maschili, ma ad una consapevole gestione di una convivenza rispettosa dei diritti, della specificità di ogni cittadino nelle diverse e, non poche volte perigliose, fasi della sua esistenza.

Un percorso contro la violenza per costruire un buon clima lavorativo

Verso pari opportunità

Mariangela Rumine

I Comitati Pari Opportunità (CPO) dell'Azienda USL 10 di Firenze, che hanno iniziato la loro attività nel 1996, hanno sempre approfondito, con studi e progetti tematiche inerenti il rispetto delle donne e degli uomini, la prevenzione della violenza sul luogo di lavoro, in definitiva la costruzione di un buon clima lavorativo.

In particolare, nell'indirizzare la loro attenzione verso il clima relazionale in ambiente di lavoro, i CPO hanno inteso operare per la salute non solo dei lavoratori, ma anche dei pazienti, preoccupandosi delle possibili ricadute sulla salute di quanti usufruiscono di prestazioni sanitarie, salute che è dopotutto il prodotto ultimo dell'Azienda.

In questa direzione hanno elaborato, su indirizzo della normativa europea, un Codice per la prevenzione della molestie sessuali che è stato assunto e deliberato dall'Azienda nel 1998.

In esso è contemplata la figura della consigliera di fiducia, ruolo che da

allora è stato ricoperto dalla Dott.ssa Alessandra Maggi. Successivamente si è inteso allargare l'attenzione ad un altro tipo di violenza, meno di genere, ma molto diffusa e attuale e quindi, seguendo ancora le indicazioni della normativa europea, i CPO hanno elaborato il Codice per la prevenzione delle molestie morali-mobbing che l'Azienda ha deliberato nel 2001.

Qui è prevista la costituzione di una Commissione interdisciplinare per la trattazione dei casi di molestie morali che è stata pertanto contestualmente deliberata.

La Commissione è costituita da otto membri di cui uno della Direzione Sanitaria, uno dell'Ufficio affari legali e contratti, un medico competente della prevenzione (legge 626), un tecnico della prevenzione SEPP, uno psicologo, due membri dei CPO ed un coordinatore.

La Commissione risponde a tre compiti fondamentali, trattare i casi di segnalazioni di molestie morali dei dipendenti aziendali; ascoltare il segnalante, altri testimoni dei fatti e anche il presunto molestatore, quin-

Strutture, Centri e Servizi per donne in difficoltà



**LA VIOLENZA ALLE DONNE
RIGUARDA ANCHE TE**

La copertina di una pubblicazione prodotta dalla Provincia di Firenze

vono rendersi maggiormente consapevoli del loro mandato di responsabili primi del clima lavorativo. In sostanza, vogliamo che passi il concetto che le molestie morali non sono uno slogan in bocca a cuori sensibili o post-femministe, ma un fenomeno vero e proprio di gravissima mancanza di rispetto e di grave offesa morale, che può portare alla perdita totale della fiducia in sé stessi, alla grave depressione ed a veri e propri sintomi organici. Suggestire all' Azienda e ad altri soggetti interessati al problema, progetti atti a prevenire i fenomeni di molestie morali e a fronteggiarli una volta che, malauguratamente, si siano instaurati ed abbiano prodotto un danno. Infatti la Commissione, costituita da componenti che vi operano per una parte limitata del loro tempo lavorativo, non può essere sempre una soluzione conclusiva per le molteplici problematiche dei segnalanti ed è comunque esclusivamente rivolta ai dipendenti aziendali.

In questa ottica la Commissione sta lavorando sul progetto di un Centro di prevenzione, terapia e riabilitazione delle patologie da lavoro quali stress e molestie morali rivolto a tutti i lavoratori di una maggiore area lavorativa.

Il Centro progettato dovrebbe svolgere più funzioni: clinica, medico-legale e sociale a scopo preventivo, di cura e riabilitazione della persona malata fino al suo reinserimento lavorativo.

I CPO aziendali proseguiranno questo percorso instaurato per la prevenzione delle violenze e il consolidamento o il recupero di un buon clima in ambiente di lavoro anche nel futuro, tuttavia hanno bisogno della sensibilizzazione di tutte le componenti aziendali ed in particolare dei responsabili di risorse umane, che direttamente o indirettamente siano disponibili verso le tematiche di interesse e disposte ad aprirsi verso le auspicabili nuove iniziative che saranno realizzate.

di suggerire una mediazione tutte le volte che ciò è possibile e infine redigere una relazione sui fatti e inviarla al Direttore Generale, referente della commissione.

Noi riteniamo che il fenomeno delle molestie morali sia una forma di violenza sempre più diffusa che prende origine da derivata da diversi fattori.

Guardando all'esperienza della Commissione, è possibile constatare come la violenza morale non sia necessariamente un fenomeno di genere, ma in realtà sia una violenza morale indirizzata su qualcuno in qualche modo divenuto un bersaglio di una o più persone per dinamiche di tipo personale o di potere, spesso

aggravate da problematiche legate ad una cattiva organizzazione.

Comunque anche contro questo tipo di violenza sono state utilizzati sperimentalmente gli strumenti, la metodologia e le categorie di cui ci eravamo serviti nel nostro lavoro sulla violenza di genere.

Gli obiettivi di questo lavoro erano: studiare assieme ai Comitati Pari Opportunità percorsi di formazione per i dipendenti e strumenti di informazione sulla tematica in oggetto e sugli strumenti disponibili per affrontarla. Si ritiene, infatti, sicuramente fondamentale il fare formazione e informazione presso tutti i lavoratori aziendali, ma soprattutto presso i dirigenti che in qualche modo de-

Una ricerca del consultorio di Scandicci

Donne e infezione da HIV

G. Doccisi - D. Ghelli - D. Rinaldi

Lo stimolo che ha fatto scattare la volontà di effettuare la ricerca è scaturito in primo luogo a causa del notevole aumento di nuovi casi di infezione HIV e AIDS nelle donne, in secondo luogo dall'esigenza di approfondire e risolvere alcuni problemi che stavamo incontrando nel nostro agire professionale. In merito a quest'ultimo elemento, vorremmo chiarire che da sempre fra operatori avviene un proficuo scambio di informazioni. Il costante confronto ha portato a chiederci come mai le donne che affluivano al consultorio HIV di Scandicci, arrivavano in preda ad uno stato d'ansia e talvolta di confusione, tale da indurre gli operatori ad utilizzare tutte quelle abilità psico-sociali proprie del processo di counseling per attivare e riorganizzare le risorse della persona. Appurato che la rilevanza del problema era intra-professionale, valutato che lo stesso ci toccava molto da vicino in quanto professioniste donne, abbiamo cominciato a pensare alla metodologia di ricerca da attuare sul problema: notevole ritardo della richiesta di aiuto da parte delle donne che percepivano di essersi trovate in una o più situazioni a rischio di infezione da HIV. Lo studio longitudinale ci è sembrato un valido disegno fra gli studi epidemiologici del modello scientifico a cinque fasi della ricerca infermieristica; abbiamo pertanto stabilito di effettuare uno studio di trend (bersaglio statistico diverso), nell'ambito della replica diacronica (stesso studio in tempi diversi), sulle donne che affluivano al consultorio HIV dal 1.01.1995 al 31.12.1998.

L'identificazione del bersaglio statistico diverso risulta "obbligata" per la specificità dell'utenza e per le modalità di accesso al consultorio HIV. Tali persone infatti, quasi mai, si rivol-

gono più di una volta al servizio, inoltre sulla base particolare della domanda (bisogno), il consultorio offre prestazioni prive di qualsiasi formalità burocratica: il cittadino si presenta senza richiesta medica e non deve fornire le proprie generalità, tantomeno contribuire con un ticket. Se ne deduce che è impossibile riconoscere e rintracciare la stessa persona in un altro periodo della propria vita. Risulta chiaro altresì come uno studio di trend si configuri il più idoneo per valutare le tendenze di opinione. In pratica, tramite la replica dello studio che avrà inizio nell'anno 2004, sarà anche possibile valutare se gli atteggiamenti che hanno generato il problema si sono modificati e, se sì, perché ed in quale misura.

Gli obiettivi della ricerca intendevano rilevare alcuni punti critici sui quali progettare ed attuare iniziative di prevenzione e di promozione della salute mirati al genere femminile, al contempo attraverso l'analisi dei processi, migliorare la qualità organizzativa del consultorio HIV.

Strumenti: questionario anonimo pre-

test e post-test (mod.A della Regione Toscana); intervista semistrutturata con domande "chiave" ed altre di corredo. Ipotesi da vagliare: 1) verificare la relazione esistente fra ritardo della richiesta di aiuto e attività svolta; 2) verificare la relazione esistente fra conoscenza e stile di vita; 3) verificare la relazione esistente fra comportamenti appresi e comportamenti attuati.

Tipo di campione: universale.

Risultati e conclusioni

Dall'1.01.95 al 31.12.98 sono state intervistate 238 donne.

Si può affermare che il problema delle donne che accedono al consultorio dopo un periodo di tempo abbastanza lungo dal presunto evento a rischio di infezione da HIV è da attribuire alla causa principale, ipotesi 2, la causa seconda è da attribuire alla ipotesi 1, di minore rilevanza è risultata l'ipotesi 3.

Interessante il dato relativo alle riflessioni che ostacolano la decisione delle donne di prendere in carico la propria situazione che corrisponde a quattro tipologie: donna "in carriera", casalinga, donne sessualmente molto attive e/o con frequenti rapporti occasionali, teen-agers/prima esperienza sessuale.

Il risultato della elaborazione dati ha prodotto un progetto da realizzarsi in due fasi:

1) sensibilizzazione della popolazione femminile attraverso la produzione e diffusione del poster "Donne e infezione da HIV" e volantino con modalità di accesso al consultorio HIV; 2) progettazione ed attuazione di un intervento di promozione della salute nelle scuole medie inferiori e superiori dei comuni di Scandicci e Lastra a Signa e di un corso di formazione, volto a dipendenti ASF, "consultorio HIV: accoglienza, informazioni, counseling" per favorire lo sviluppo organizzativo del servizio.



foto Matteo Forni

Sull'invenzione dell'amore materno e sul suo uso nell'esercizio del potere

L'amore in più

Sonia Cortecchi

Ogni volta che nasce un confronto con i soggetti più diversi, per estrazione socio-culturale, capita prima o poi di parlare del lavoro che svolgiamo e "casualmente" emerge invariata la stessa frase: "ci vuole la vocazione per fare un lavoro come l'infermiera!"

Francamente, sono stanca di sentire questi luoghi comuni dopo 25 anni di servizio in cui la "vocazione" non ha avuto il benché minimo spazio; spazio che è stato totalmente occupato dall'impegno nell'aggiornarsi, nel rispetto delle diversità culturali, dall'attenzione e l'ascolto delle esigenze individuali delle persone a noi affidate ed in cui è stata importante, non ultima, una buona resistenza fisica.

Vorrei vedere, e scusate questa piccola polemica, chi parla di "vocazione", metterla alla prova in 11 ore di servizio notturno, in cui ogni tanto puoi riposare i piedi e dove il livello di attenzione deve essere pressoché costante; non so dopo quante notti, ma prima o poi la "vocazione" verrebbe battuta senza appello dalla stanchezza e dal senso di impotenza, senza il sostegno della professionalità.

Quando ci siamo trovati attorno al tavolo della redazione a parlare del "prendersi cura" come argomento declinato ancora solo al femminile, mi è venuta spontanea l'associazione con l'argomento trattato in questo libro, pubblicato nel 1982, dove l'autrice analizza la capacità "storica" espressa in varie società, di subordinare categorie intere di individui (nello specifico madri e figli) alla logica di un potere esclusivamente paterno, usato come fattore

di oppressione e controllo sociale. La mistificazione, operata fino a tempi recenti, sul "prendersi cura" come capacità esclusivamente femminile, deriva direttamente da questo concetto che, attraverso i secoli, ha permeato tutti i rapporti sociali nell'occidente cristiano (specifico questo solo perché analizzare altre società richiederebbe un approfondimento storico che ci porterebbe fuori del nostro contesto).

L'amore materno è un istinto legato alla natura femminile o deriva, ampiamente, da un comportamento sociale, variabile secondo epoche ed abitudini? L'amore materno, risponde la Badinter, è solo un sentimento ed è, come tale, essenzialmente contingente, può esistere o non esistere, esserci o sparire, non va dato per scontato: infatti, è un "amore in più".

La storia degli ultimi secoli ci rivela che la nozione di "amore materno" è stranamente evolutiva, ed è in funzione dei bisogni e dei valori di una determinata società che definiscono rispettivamente i ruoli del padre, della madre e del figlio. Quando il "faro" ideologico illumina solo il padre, rimangono subordinate le figure della madre e del figlio, sempre considerate un tutto unico fra loro.

Al contrario, quando socialmente è più funzionale l'interesse alla sopravvivenza ed educazione dei figli, lo stesso "faro" viene puntato sulla madre, che diventa un personaggio essenziale a scapito del padre; in ambedue i casi il comportamento nei riguardi del figlio e del marito subirà un cambiamento e il valore che la società darà alla maternità, determinerà in che misura la donna sarà valutata, una brava madre.

Un libro che forse non molti conoscono, un classico dell'analisi sull'oppressione femminile attraverso la storia: "L'amore in più" di Elisabeth Badinter.

Il libro è il risultato di un seminario durato due anni, tenuto all'Ecole polytechnique. Se vogliamo parlare di donne dobbiamo parlare anche delle donne che lavorano, le donne come soggetto di discriminazione, le donne che si curano degli altri e quindi infermiere come destino "naturale", un vecchio argomento che torna sempre fastidiosamente a galla specialmente per chi, del prendersi cura ha fatto una professione, con tutto lo studio e la preparazione che questo richiede.

Un altro fattore si delinea come fondamentale, aldilà dei valori dominanti: la lotta fra i sessi, che, attraverso la storia per tanto tempo, si è tradotta nel dominio di un sesso sull'altro. In questo conflitto il bambino ha giocato un ruolo essenziale: chi lo aveva dalla sua parte e ne poteva disporre, aveva buone speranze di vincere, nel momento in cui la società trovava nel bambino il suo tornaconto.

Per quanto lontano si risalga nella storia della famiglia occidentale, l'autorità paterna va di pari passo con quella maritale. Storici e giuristi sostengono che l'origine di questa doppia autorità, nasce in India, nei sacri testi Veda; la famiglia vi è considerata come un gruppo religioso al capo del quale sta il padre, con le funzioni giuridiche



di vegliare sulla buona condotta dei membri del gruppo familiare (mogli e figli) ed unico responsabile delle loro azioni di fronte alla società. Il suo potere è quindi assoluto nel giudicare e punire. I poteri del capofamiglia, magistrato domestico, si ritrovano quasi invariati nell'antico Occidente.

Cittadina di Atene o di Roma, la donna manteneva a vita uno "status" di minorità, simile a quello dei suoi bambini.

Con la parola di Gesù, cambiano le cose, in teoria.

Il principio "rivoluzionario" dell'amore fa proclamare, che l'autorità paterna era esercitata nell'interesse del figlio, non del padre, e che la sposa-madre era la sua compagna e non la sua schiava. Predicando l'amore per il prossimo, Gesù mise un freno all'autorità, rafforzando il senso comunitario fra gli sposi ed introducendo il concetto di uguaglianza e di condivisione di diritti e doveri verso i figli. La parola di Gesù, quindi, cambiò lo "status" della donna in buona misura, almeno quello della donna di classi sociali elevate.

Difatti in Francia, fino alla fine del Duecento, furono accordati alla donna un certo numero di diritti.

Nell'Alto Medio Evo il potere del padre si addolcì progressivamente, ap-

PLICANDO il "diritto consuetudinario" (Nord della Francia) o il "diritto romano" (Francia meridionale). Se nel Duecento, in Francia meridionale, un padre poteva uccidere il figlio senza problemi per sé, il suo potere era mitigato dalla madre e dalle istituzioni che s'introducevano sempre più nella gestione familiare. Lo sviluppo del diritto romano frenerà l'influenza "liberale" della Chiesa e del diritto canonico.

Le altre donne non avevano un'esistenza molto brillante, poiché lo sposo aveva diritto di correzione verso moglie e figli, i quali avevano sorte ancora peggiore delle loro madri.

Nel Seicento, l'autorità del padre e marito aveva largamente ragione dell'amore, poiché la società intera si fondava sull'autoritarismo. Questo principio, che sosteneva la società, era giustificato usando i testi di Aristotele, il quale dimostrava come l'autorità avesse un'origine naturale, i teologi rafforzavano questa tesi affermando l'origine divina dell'autorità, i politici si richiamavano ad entrambi. Aristotele è stato il primo a giustificare, dal punto di vista filosofico, l'autorità del marito e del padre, fondandola sulla diversità "naturale" che ha creato individui adatti ad obbedire e individui adatti a comandare. La donna era considerata "materia" informe, terra su cui l'uomo doveva seminare, col solo merito di avere un ventre.

Ebbe un'importanza storica ancora maggiore per la condizione della donna, perché più vicina a noi, l'"Epistola agli Efesini", di san Paolo. L'apostolo sviluppava una teoria sull'uguaglianza che modificava totalmente il pensiero di Gesù Cristo.

Certo, diceva Paolo, uomo e donna godono degli stessi diritti e degli stessi

doveri, ma si tratta di una parità fra persone che non sono identiche e questo include una gerarchia; l'uomo deve essere il capo della coppia perché è stato creato per primo e la donna è nata da una sua costola (anche se aggiunge che i suoi ordini dovranno essere temperati dall'amore e dal rispetto). Paolo raccomandava alle mogli, come un tempo Aristotele, di osservare un contegno adatto alla propria inferiorità, ossia modesto e silenzioso.

Il Padre, il marito, possedeva quindi il suo potere per delega divina. Forti del patrocinio di san Paolo, le prescrizioni della morale ecclesiastica insisteranno fino al Seicento sulla subordinazione della moglie al marito. Nel periodo storico antecedente alla seconda metà del Settecento, l'assenza di amore era un valore familiare e sociale. Non si tratta di negare l'esistenza dell'amore prima di una certa Epoca, ma questo sentimento, prima del Romanticismo, non aveva né lo status né il diritto che oggi gli è attribuito. Il regno dell'infanzia e dell'amore materno non ha avuto nessun tipo di legittimazione sociale e culturale prima del periodo che va dal 1760-1770 in poi. Infatti, i bambini nascevano e morivano senza lasciare nessuna traccia che non fosse la data di nascita e di morte negli annali domestici, in cui, nel Settecento, i padri di famiglia annotavano gli avvenimenti. E' J.J. Rousseau, con la pubblicazione dell'«Emilio», nel 1762, a rendere concrete le nuove idee e dare un decisivo avvio alla famiglia moderna, fondata sull'amore materno. Prima di quest'epoca, le donne partorivano nell'indifferenza ed allontanavano i propri figli mandandoli a "balia", sia appartenessero a classi agiate (quindi occupate da ben altro, solitamente) sia fossero semplici operaie (che non potevano smettere di lavorare per allattare).

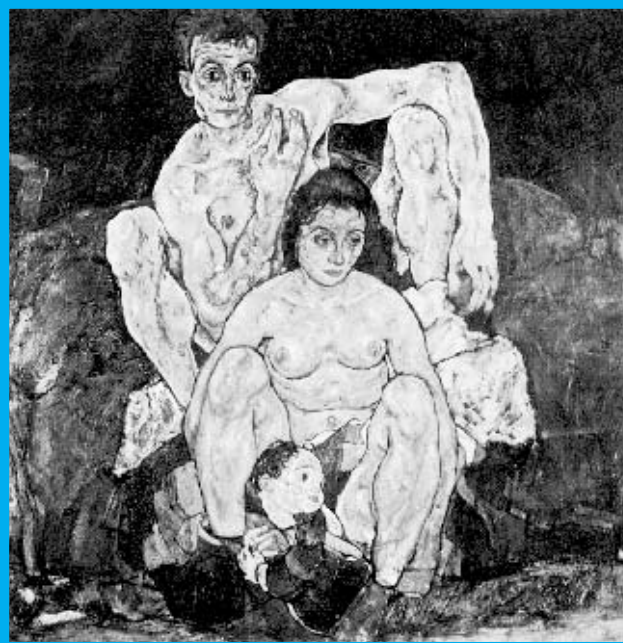
Nel 1907 quasi 80.000 bambini erano ancora a balia nelle campagne francesi, ossia dal 30 al 40% di neonati delle grandi città (E. Shorter, "Naissance de la famille moderne", pag. 226).

Il numero dei neonati abbandonati aumenta nella seconda parte del Settecento e continua a crescere nella prima

metà del secolo seguente; la generalizzazione, nel 1811, del sistema della "ruota" negli ospizi (che permetteva alla madre di lasciare il bambino senza rivelare la sua identità) aggiunto agli effetti dell'industrializzazione e della crescita urbana, fa pensare che avesse contribuito a provocare questo forte aumento. Anche la mortalità dei bambini poveri "a balia", e a maggior ragione quella dei neonati abbandonati, rimane considerevole per tutto l'Ottocento. Nel 1850 il tasso di mortalità dei bambini di meno di un anno è ancora superiore al 61%. Questo dimostra che a metà dell'Ottocento non esisteva ancora un comportamento materno unificato: le madri reagivano molto diversamente secondo la classe sociale di appartenenza, le condizioni economico-culturali condizionavano il loro comportamento. Se si fa lucidamente il bilancio dei comportamenti materni a metà dell'Ottocento, si è costretti a constatare che una buona parte delle donne non ha ancora passato con successo il test del sacrificio.

Ausiliaria del medico nel Settecento, collaboratrice del prete per vari secoli, la madre del Novecento finirà per addossarsi l'ultima responsabilità: l'inconscio ed i desideri del figlio; grazie alla psicoanalisi sarà promossa "principale responsabile" della felicità del suo rampollo. Prigioniera ormai del suo ruolo di madre, non potrà sfuggirvi senza incorrere in una condanna morale; questa è stata per tanto tempo una delle principali ragioni che le hanno impedito di lavorare, quando lo ha fatto, come nel caso del lavoro di assistenza e cura, il suo spazio è sempre stato definito da mansioni manuali e subordinate alla figura maschile, il medico, e legate inesorabilmente al "prenderci cura" come elemento inscindibile dalla figura femminile.

Florence Nightingale (1820-1910), la prima donna ad occuparsi di epidemiologia e sistemi di cura, intorno al 1860 fece in modo che nascesse il primo corso per infermiere; è la più ri-



cordata fra le pioniere dell'assistenza e della riforma dei metodi di disinfezione negli ospedali. Florence per molti anni della sua vita lottò per una riforma del sistema sanitario militare e perché quello assistenziale ricevesse il rispetto che meritava. La Nightingale fu una pioniera nell'adozione delle nuove tecniche statistiche nate da una disciplina, la demografia, che avrebbe influenzato tante scelte economiche degli Stati europei dal XIX secolo in poi.

Florence applicò la statistica all'epidemiologia, ricavandone diagrammi sull'incidenza delle morti fra i militari della guerra di Crimea. La sua educazione matematica e scientifica, fu rivoluzionaria per una donna dell'epoca.

Nonostante la sua apertura mentale su tali questioni, la scuola convitto fondata nel 1860 a Londra (la Nightingale Training School for Nurses al St. Thomas Hospital) con una raccolta di fondi dopo il suo ritorno, come un'eroina, dalla guerra in Crimea, fu riservata alle donne.

In "Notes on Nursing" (1859), la Nightingale scrive che ogni donna, è infermiera per vocazione naturale.

La sua figura, innovativa per il suo ceto (molto elevato), propose una nuova maniera di incidere sulla vita sociale. Coloro che avevano svolto il lavoro di infermiera fino a quel momento (per-

lo più di basso ceto e non di rado ex prostitute) ebbero nuove prospettive.

Florence risulta tuttavia contraddittoria, perché il suo operare non si distaccò comunque dall'idea della donna che assiste il malato per una "vocazione" quasi religiosa. Assieme alle nozioni scientifiche nella sua scuola venivano insegnati anche i valori e le maniere proprie della sua classe: si faceva appello a quella caratteristica attribuita alle donne, che è lo "spirito di sacrificio" e l'"istinto materno", mantenendo così ben salda una morale ottocentesca, anche nell'approccio al corpo malato.

La nascita di questa nostra professione può aver in parte generato tanti luoghi comuni da sfatare. La cosa più importante che ci è rimasta, da questa figura così incisiva, è la sua grande intuizione: non potevano esserci infermieri senza preparazione professionale. L'evoluzione che c'è stata ha portato all'ingresso, successivamente anche in Italia, degli uomini nella professione (1971), ed infine, nel 1994, alla definizione di un profilo professionale con ampie possibilità (D.M. 739/94). Il profilo professionale non ci definisce più come para-subordinati: le nostre mansioni includono sia la gestione di altro personale che l'organizzazione del lavoro da svolgere. Le scelte del medico sono affiancate da quelle dell'infermiere che nel suo ambito di natura tecnica, relazionale ed educativa, può elaborare soluzioni e prendere decisioni in merito all'assistenza e la cura.

L'eredità di Florence Nightingale, che abbiamo portato con noi finora, forse anche nelle sue parti negative, non c'impedirà di trarre delle gratificazioni da un lavoro in cui una parte essenziale è costituita anche dal rapporto umano, dall'ascolto dell'altro, cui rendersi disponibili col proprio bagaglio umano e professionale.

"L'amore in più" di Elizabeth Badinter Ed. Longanesi & C. 1982 II° ed. Traduzione di Rosetta Loy dall'originale francese "L'Amour en plus"

Requisiti generali e specifici

Possono partecipare al concorso gli iscritti negli albi degli Infermieri degli Assistenti Sanitari e delle Vigilatrici d'Infanzia della provincia di Firenze, anche in associazione. Tali requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del bando di concorso.

I lavori presentati devono essere originali, del tutto inediti e devono essere inerenti la professione infermieristica.

Concorso per componimento scritto

È ammessa la presentazione di qualsiasi lavoro in forma scritta che riguardi la professione infermieristica compreso tra le 2000 e le 3000 parole. Ogni lavoro deve essere consegnato secondo i termini prescritti in triplice copia.

Concorso fotografico

È ammessa la presentazione di foto che riguardino la professione infermieristica. Le foto devono essere presentate in triplice copia ed il formato accettato è compreso tra il 10x15 ed il formato A4.

Termini per la presentazione della domanda

La domanda di partecipazione al concorso, in carta semplice, dovrà essere indirizzata al Presidente del Collegio IPASVI di Firenze, Via Pier Luigi da Palestrina 11, 50144 Firenze e dovrà essere presentata o pervenire entro le ore 19 del 9 Aprile 2004. La domanda si considera prodotta in tempo utile anche se spedita a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante. Nella domanda di partecipazione dovrà essere indicato il cognome, il nome, il luogo e la data di nascita, la residenza, il codice fiscale, dell'autore o degli autori, nonché il domicilio e il recapito telefonico presso il quale, ad ogni effetto, deve essere data ogni necessaria comunicazione relativa al concorso. Il Collegio IPASVI di Firenze non assume alcuna responsabilità nel caso di dispersione dei lavori presentati dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nel lavoro presentato, né per eventuali disguidi postali non imputabili a responsabilità del Collegio stesso. Il termine stabilito per la presentazione dei lavori è perentorio e pertanto non saranno presi in considerazione i lavori che, per qualsiasi ragione, non esclusa la forza maggiore, vengano presentati o spediti oltre il termine stabilito. Alla domanda, sottoscritta dal o dai concorrenti dovranno essere allegate 3 copie dei lavori con i quali si intende concorrere.

Commissione esaminatrice

La commissione esaminatrice è composta dai membri del Comitato di Redazione della Rivista Obbiettivo del Collegio IPASVI di Firenze.

La graduatoria e il premio

La graduatoria dei lavori idonei sarà formulata dalla commissione esaminatrice e approvata con apposito provvedimento, col quale, viene individuato il miglior componimento scritto e la migliore fotografia a ciascuno dei quali si attribuisce il premio consistente in una borsa di studio di Euro 750,00, vincolata alla partecipazione a iniziative di formazione, aggiornamento, ricerca nel campo dell'assistenza infermieristica. Il Collegio IPASVI di Firenze si riserva il diritto di valutare le possibilità di valorizzare e diffondere i lavori vincitori. Il presente bando viene pubblicato sulla rivista «Obbiettivo Professione Infermieristica» organo ufficiale del Collegio IPASVI della provincia di Firenze e nel suo supplemento elettronico «Dispatch», affisso presso i principali presidi delle aziende sanitarie e ospedaliere, pubbliche e private della provincia di Firenze. Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi agli uffici di segreteria (il lunedì e venerdì dalle ore 15.00 alle 19.00 ed il mercoledì dalle ore 9.00 alle 12.00) presso il Collegio IPASVI di Firenze, via Pier Luigi da Palestrina 11, tel 055-359866 fax 055-355648, e-mail: segreteria@firenze.ipasvi.it

Ulteriori informazioni ed aggiornamenti sul sito internet

La Segretaria
Monica Leporatti

Il Presidente
Gianfranco Cecinati

Firenze, 08 Gennaio 2004

Parole & Immagini per dire Infermiere

**Concorso per 2 borse di studio
per 1 componimento in forma
scritta ed 1 lavoro fotografico
in esecuzione alla delibera
del Consiglio Direttivo n° 88**



Collegio IPASVI di Firenze

via Pier Luigi da Palestrina 11

tel 055/359866 fax 055/355648

e-mail: segreteria@firenze.ipasvi.it

Resoconto di una giornata organizzata all'Istituto d'Arte di Firenze

Il Collegio incontra gli studenti

Giancarlo Brunetti

Il 24 settembre il Collegio ha organizzato una giornata dal titolo "immagini e racconti dall'Africa", l'idea era nata da uno stimolo dell'amico Mariano De Mattia che, dopo un viaggio nel continente africano e sotto l'effetto delle grandi emozioni riportate, ha deciso di raccogliere la sua esperienza scrivendo un libro "Afrikalba" (vedi recensione su Obbiettivo n°2-2003).

Mariano ha fatto di più, ha pensato di aiutare la piccola missione dove era stato a lavorare con il ricavato ottenuto dalle vendite del libro; ha cominciato così a girare l'Italia portando il suo racconto fatto di parole, immagini e suoni.

Ho raccolto subito l'invito ed ho proposto a Mariano due giornate organizzate dal Collegio, una di queste da offrire agli studenti delle scuole superiori fiorentine. Il nostro entusiasmo e l'approvazione unanime del Consiglio hanno reso possibile la realizzazione di una iniziativa importante per promuovere la professione.

La giornata è stata organizzata all'Istituto Statale d'Arte di Firenze; per la prima volta il Collegio è entrato nelle scuole, tra i giovani per parlare del nostro lavoro, per spiegare loro che questo può essere svolto anche fuori dai consueti luoghi di cura. Mariano è stato molto bravo a superare l'iniziale diffidenza, entrare in sintonia con i ragazzi e catturare il loro ascolto. E' riuscito a raccontare una realtà tanto lontana quanto tragica, senza mai far scomparire il sorriso dalle loro labbra.

Alla fine della giornata il Collegio ha offerto una copia del libro a tutti gli studenti che hanno partecipato, un importante strumento didattico per loro ed un modo per contribuire alla realizzazione del progetto "Huruma Centre"

dove gli "street boys", ragazzi abbandonati a se stessi, trovano un posto dove vivere e la possibilità di ricostruire un futuro.

Un grazie sincero agli insegnanti dei tre istituti superiori che hanno partecipato con le loro classi, dimostrando sensibilità e disponibilità, soprattutto alla Preside dell'Istituto Statale d'Arte di Firenze Anna Maria Franceschini che ci ha aperto le porte della scuola e a Elisabetta Bagnoli Professoressa della 3ª M che ha coordinato tutte le fasi dell'incontro, a Paola Berni della 4ª B dell'Istituto Tecnico A. Volta di Bagno a Ripoli e a Gianni Perra della 4ª A dell'Istituto Professionale Sassetti.

Di seguito troverete le immagini, le impressioni e i commenti dei protagonisti di questa giornata.

Parlano gli studenti

3ª M Istituto Statale d'Arte

L'incontro che ho fatto insieme alla mia classe con gli infermieri è stato molto interessante, perché ho capito mag-

giormente la miseria e la povertà che i paesi dell'Africa attraversano ancora oggi. Dalle foto che Mariano ci ha fatto vedere si capiscono molte cose: la scarsa igiene, le scuole insufficienti, gli ospedali scarsi e mal organizzati. Sono immagini che a me hanno fatto molto riflettere, soprattutto sul fatto che anche la gente in quei paesi ha usi e costumi ed abitudini molto diversi da noi, caratterizzate forse dallo stile di vita, che influisce tantissimo. A me hanno fatto una pena immensa i bambini che devono andare a scuola in ambienti piccoli, senza sistemi di riscaldamento, di igiene, ecc...e poi ospedali che sono anch'essi piccoli con i telefoni raggiungibili in bicicletta perché lontani. Penso, a conclusione di tutto ciò, che pure noi dovremmo accontentarci di poco, perché non mi sembra giusto che molti paesi debbano patire la fame e morire per le tante malattie che esistono e che infliggono su questi paesi.

Penso che sarà difficile dimenticare l'incontro fatto la scorsa settimana sulla conoscenza e discussione della si-



tuazione africana. Forse il termine conoscenza non è del tutto adatto, sappiamo che in Africa la gente muore di fame, non ha un tetto sulla testa e regna la sofferenza e la malattia, ma non mi ero mai soffermata a riflettere su ciò, forse le mie limitate conoscenze non erano sufficienti. Con la sua ironia l'infermiere Mariano, mi ha sensibilizzato, perché questo è il termine corretto: sensibilizzato in modo ironico su un problema troppo grande.

Perché usare l'ironia per una cosa del genere? Perché altrimenti sarebbe stato un bagno di lacrime, come mi è successo appena ho letto il libro scritto da lui stesso. E noi non possiamo farci niente e, confesserò, che dopo questo incontro, dopo aver ricevuto una maggiore e approfondita conoscenza della situazione africana, ho avuto la voglia e l'interesse di voler andare anch'io in Africa a dare una mano, cosa potrei fare? Cosa potrei dare io? Non lo so, ma a quella povera gente manca anche una mano per una carezza.

Elena

Sono rimasta impietrita quando Mariano ci ha fatto capire, con l'aiuto di 4 ragazzi, che nel terzo mondo 1 persona su 4 non può bere nemmeno un bicchiere d'acqua in un giorno, veramente scioccante è stata la drammatizzazione. Mi ha fatto percepire un mondo che non pensavo fosse così crudele. Questo perché ci sono al mondo pochi sfruttatori, ma tanti sfruttati.

Inizialmente un po' di diffidenza poi il divertimento ha rotto il ghiaccio ed entrando meglio nel discorso lo sdegno e l'indignazione per orrori conosciuti, ma che sdegnano e scioccano come per la prima volta. Quindi completo appoggio e comprensione per una filosofia di vita umana e coraggiosa, sicuramente anche un grosso senso di colpa.

E' stata un'esperienza davvero incredibile e molto singolare, per la carica di energia e di spiritualità che il sig. Mariano riusciva a conferirci, indimenticabili le sue gags esilaranti per



s drammatizzare la situazione fra un racconto e l'altro, poiché ciò che raccontava erano storie vere, anche se per la durezza e la crudeltà ci sembravano impossibili perché lontane dalla nostra realtà. Ma il sig. Mariano anche in quei casi non ci ha mai fatto perdere il sorriso.

4^a B - I.T.C. A. VOLTA di Bagno a Ripoli

Al Presidente del Collegio Infermieri I.P.A.S.V.I. e al Sig. Giancarlo Brunetti Noi, studenti della classe 4Bmi, dell'I.T.C. A. Volta di Bagno a Ripoli, che abbiamo partecipato all'incontro con Mariano de Mattia, presso l'Istituto d'Arte, insieme ad altre classi di altre scuole, vogliamo ringraziare gli infermieri che hanno creato questa graditissima opportunità e che ci hanno regalato un libro che probabilmente sarà fra i pochi che leggeremo con curiosità e piacere!

E' stato particolarmente interessante e simpatico conoscere questo personaggio perché ci ha mostrato un'immagine dell'infermiere inconsueta e molto più affascinante di quanto ci immaginassimo, inoltre pur presentandoci realtà disperate e condizioni di vita lontanissime dalla nostra esperienza, non ci ha afflitto con paternali e sollecitati a compiere atti eroici, ma ci ha fatto riflettere senza annoiarci! E' un grande successo!

Se fare l'infermiere può essere anche diventare come lui non è poi tanto male! E' vero che il vostro lavoro non è poi tanto pubblicizzato e noi non ne sapevamo nulla prima dell'incontro, se non

quello che di solito si immagina e che non è neppure troppo divertente: malati e dottori che pretendono dedizione, competenza e grande pazienza; turni di lavoro onerosi e scarsi riconoscimenti!

Non avevamo pensato che tutto questo potesse piacere, essere scelto e visto come un sogno di una vita.

Conoscere Mariano e sentire il suo entusiasmo, la sua semplicità ed il suo desiderio di condividere con gli altri la gioia di poter aiutare gli ammalati più poveri, nel rispetto delle loro usanze e dei loro ritmi di vita, ci ha mostrato una strada prima nascosta ai nostri occhi.

Vorremmo, se possibile che altri studenti della nostra scuola potessero incontrare questo vostro collega.

Vi ringraziamo e salutiamo con simpatia

Parlano gli insegnanti

Anna Maria Franceschini Presidente dell'Istituto Statale d'Arte

Firenze 7 ottobre 2003

Spettabile Collegio IPASVI Firenze

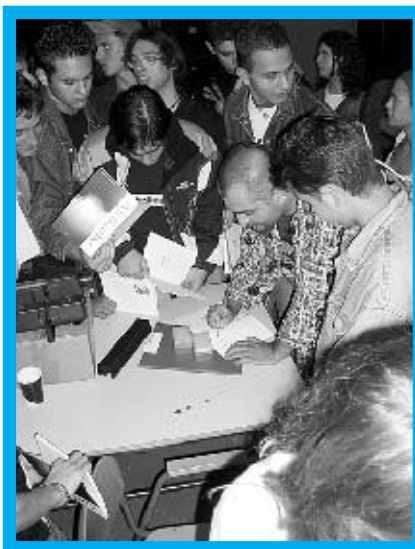
Con la presente intendiamo ringraziarvi per la giornata offerta a questo Istituto il giorno 24-9-2003, dove gli studenti hanno potuto assistere ad un incontro "Immagini e racconti dall'Africa" che li ha particolarmente coinvolti insieme agli studenti delle scuole superiori fiorentine ospiti.

Si ringrazia anche per il libro che ogni studente ha ricevuto e che può costituire un importante strumento didattico per riflettere sui problemi attuali. E' stata un'occasione per entrare in contatto con una professione dalle finalità sociali importanti, che offre inoltre reali possibilità d'impiego futuro.

Gianfrancesco Perra insegnante della 4^aA dell'Istituto Professionale Sasseti-Peruzzi.

Incontro con il signor Mariano De Mattia sul tema *Le condizioni sanitarie in Africa centrale*. I miei studenti mi guardano piuttosto perplessi, anzi perplesse visto che sono la stragrande maggioranza ragazze. Comunque si fidano quando le rassicuro dicendo che non

sarà una delle solite conferenze mortalmente pallose, ma qualcosa che le interesserà. Partiamo da scuola, facce allegre, non fosse altro che ci lasciamo la scuola alle spalle e niente, si sa, potrà essere peggio di sei ore di lezione. Arrivati a Porta Romana le ragazze si fanno subito conquistare dal parco dell'Istituto d'Arte, così inganniamo l'attesa per essere arrivati un po' in anticipo. All'ora fissata le "donzelle" si catapultano nella sala delle conferenze, non senza aver prima radiografato i ragazzi delle altre classi presenti all'incontro, una classe di scafatissimi artisti dell'Istituto d'arte e un'allegrementemente imbranata banda di giovanotti del tecnico di Bagno a Ripoli. L'incontro inizia in un modo del tutto imprevedibile, Shaini, che di queste cose se ne intende, mi chiede: "prof. chi è quel tipo in pigiama?", "Shaini, il tipo in pigiama è il relatore", "Ah!". Da questo momento l'incontro prende un ritmo ed un percorso piuttosto originale; il relatore, che già tutti cominciano a chiamare Mariano, chiede che qualche ragazzo si offra di assaggiare una tipica bevanda africana. Giancarlo Brunetti, rappresentante del Collegio infermieri, suo improvvisato, quanto efficiente assistente, distribuisce qualche bicchiere di carta ad alcuni studenti, tra i quali spicca, non so come, la nostra Miranda Milagros, che noi chiamiamo affettuosamente Mila. Forniti i bicchieri ai cinque ragazzi, Giancarlo passa alla distribuzione della tipica bevanda africana. Acqua, solo semplice e anche poca acqua, visto che dei cinque potenziali assaggiatori, due rimangono all'asciutto. Mariano li guarda divertito e spiega: "Questa è la quotidiana realtà africana, e non solo africana, due persone su cinque non hanno spesso la possibilità di avere acqua a sufficienza". Ci credereste, l'esempio è risultato cento volte più chiaro e incisivo di tutte le statistiche, diagrammi ed appelli dell'ONU, FAO e UNESCO messi insieme! L'atmosfera diventa più distesa, scongiurata la pallosissima conferenza, l'attenzione di tutti i giovani si fa più viva. Anzi proprio per mantenerla viva, Mariano decide di anticipare l'intervallo e invita ad andare tutti fuori in giardino per dar libero sfogo alla pro-



pria creatività dipingendo una serie di fogli bianchi con bombolette spray. Per una volta la professoressa Elisabetta Bagnoli, nota ecologista fondamentalista, sopporta con self control britannico la performance artistica a base delle puzzolenti bombolette. Finito l'intervallo rientriamo nella sala per riprendere il discorso interrotto. Mariano, con l'aiuto di una serie di diapositive spiega, in uno stile immaginoso quanto efficace, la realtà del paese in cui aveva svolto la sua esperienza, le condizioni dell'ospedale in cui aveva prestato la sua opera, e soprattutto la serena tranquillità di persone che pur vivendo spesso alle soglie della sopravvivenza, sorridono alla vita e affrontano le difficoltà quotidiane con coraggio e dignità. Ormai il ghiaccio è rotto, i ragazzi si lanciano anche in qualche domanda per chiedere qualche particolare di questa esperienza che li ha interessati e coinvolti in modo del tutto impreveduto. Coinvolti a tal punto che più di uno studente chiede chiarimenti e informazioni sulla professione di infermiere, così Giancarlo Brunetti approfitta dell'occasione per spiegare in modo sintetico in che cosa consiste il lavoro dell'infermiere, la sua preparazione professionale, ma anche il senso di utilità che si prova svolgendo un'attività che è volta ad aiutare il prossimo proprio nel momento del maggior bisogno. Alla fine dell'incontro, colpo di teatro, Il Collegio degli Infermieri, ha acquistato e donato a tutti gli studenti che hanno partecipato all'incontro il libro, *Afrikalba*, in cui Mariano De Mattia

racconta la sua esperienza di giovane e impegnato operatore sanitario in terra d'Africa. L'incontro si chiude con l'assalto a Mariano che deve firmare decine e decine di copie del suo libro, trovando inventiva e ironia, da buon napoletano, per fare una dedica spiritosa su ogni copia del suo libro. Un ringraziamento affettuoso a Mariano De Mattia per la sua appassionata e festosa esposizione dei problemi del terzo mondo, ma un grazie doveroso e riconoscente anche al Collegio IPASVI Firenze che ha permesso di realizzare questo incontro e ha donato a tutti gli studenti una copia del bel libro di Mariano De Mattia.

Parla Mariano

L'emozione che mi ha accompagnato per tutto il resto della giornata si è fusa e confusa con la tensione che proliferava, progressiva ed ingravescente, dentro di me all'idea di dover far fronte all'impegno: circa 90 ragazzi di età compresa tra 16 e 18 anni mi attendevano al varco.

«Come mi accoglieranno? Riuscirò ad interessarli? Boh!» Che il buon «io» ce la mandi buona».

Ecco, dirvi come è poi andata la giornata con i ragazzi è impresa assai ardua... posso solo dirvi che si è trattato di una delle emozioni più intense e coinvolgenti della mia esperienza su questo pianeta, non sto esagerando.

Abbiamo riso, pensato, dipinto, contestato e creato insieme; ore, immagini e storie che prima non esistevano. Ci siamo reciprocamente confessati il sentimento di unicità e la voglia di andare incontro alla vita ed ai sogni, sicuri dell'amore che proviamo per noi stessi e per la natura umana che ci caratterizza.

Siamo andati insieme, guidati dalla magia insita nei colorati volti della musica e dell'immaginazione, verso un'alterità che appartenendoci non ci ha mai fatto sentire troppo lontani da noi stessi... non c'è stata alcuna necessità di schermarsi dietro i ruoli dettati dalle circostanze.

Grazie di cuore (o, meglio ancora, di anima) ad ognuno degli artefici di questo incontro.

CIVES, una sfida

Il CIVES, coordinamento infermieri volontari in emergenza sanitaria, un'associazione nata alcuni anni fa in seno alla Federazione dei Collegi IPASVI e, che da allora si affianca all'azione della Protezione Civile nelle situazioni d'emergenza.

Sonia Cortecchi

Ho intervistato, per la redazione di "Obbiettivo", Giovanni Senes coordinatore del nucleo CIVES di Firenze un collega che sta svolgendo un lavoro importante per la visibilità di noi infermieri e per lo sviluppo della professione.

Senes lavora per l'Azienda ospedaliera di Careggi, presso la terapia intensiva di neurochirurgia, è infermiere dal 1993 ed è socio fondatore e membro del Direttivo CIVES dal 1999, anno della fondazione del nucleo fiorentino.

CIVES nasce da un'idea di alcuni membri della Federazione IPASVI per inserire gli infermieri nell'ambito della Protezione Civile, dove la nostra figura professionale non era prevista e dare contemporaneamente una maggiore evidenza al nostro ruolo e alle nostre capacità.

CIVES inizia la sua attività a livello nazionale nel 1998 prendendo impulso dalla Federazione dei Collegi IPASVI e ricalcandone la struttura organizzativa, un Consiglio Direttivo Nazionale che coordina dei Nuclei Provinciali. A livello nazionale vi sono attualmente quindici nuclei CIVES variamente composti; gli infermieri che ne fanno parte non provengono solo dall'area critica, ma un po' da tutti i settori; questo permette all'associazione di intervenire non solo nella fase dell'e-

mergenza, ma anche, successivamente, quando si rendono necessarie competenze diverse (geriatria, pediatria, psichiatria, ecc). Giovanni Senes è il referente organizzativo per il nucleo fiorentino. Dopo l'iniziale euforia che ha portato molti infermieri nelle file del CIVES, questa non si è tradotta in un impegno concreto da parte di tutti i soci e il numero d'infermieri "operativi" si è un po' ridotto; bisogna riconoscere al gruppo dei più tenaci un grande impegno e dei discreti risultati.

Alle elezioni dell'ultimo Consiglio Direttivo ci sono state tante nuove iscrizioni che promettono un buon futuro per il nostro nucleo.

Gli impegni presi con le altre associazioni di volontariato sono co-

munque stati portati a termine con puntualità, questo grazie anche alla particolare attenzione e disponibilità del Direttivo del collegio IPASVI di Firenze, il quale ha fornito un supporto logistico fondamentale, spazi alle manifestazioni organizzate, sul sito internet, sulla rivista, disponibilità dei locali e, non ultimo, contributi finanziari. L'attuale numero dei soci (nel nucleo fiorentino sono ormai più di 20) è stato probabilmente incrementato dall'onda emotiva provocata dalla guerra in Iraq e dall'interesse per l'azione positiva che svolge la Protezione Civile in questi casi, nell'alleggerire i disagi e le sofferenze della popolazione locale.

Si procede quindi, con un nume-



Il posto medico avanzato del CIVES sull'Etna (2003).

ro maggiore di soci, verso la definizione di progetti "operativi" di maggior respiro e l'organizzazione di percorsi di formazione. Il nucleo di Firenze ha avuto mandato dal Direttivo Nazionale del CIVES di dare forma al "Corso di formazione con elementi di base di Protezione Civile".

Il corso dovrebbe essere messo a punto per la fine del 2003 e sarà probabilmente proposto inizialmente ai soci di Firenze.

Questi corsi per infermieri ci forniranno nozioni supplementari per svolgere il nostro lavoro in situazioni "non protette", proiettandoci in un'ottica un po' diversa da quella utilizzata in condizioni di normalità; la preparazione è orientata quindi a fornire nuovi mezzi a quei professionisti che accetteranno di mettersi in gioco di fronte a situazioni estreme: una nuova sfida per tutti noi!

Il CIVES Firenze, nonostante le scarse risorse umane, è riuscito ad instaurare un rapporto di collaborazione col 118 e con alcune organizzazioni di volontariato (Misericordia di Pontassieve, Umaitas, Croce Azzurra) assieme alle quali ha partecipato ad esercitazioni in situazioni di simulazione (Millenium Sisma 2000 e 2002 con simulazione di terremoto; Appennino 2000 con simulazione di incendio in galleria) ed ha collaborato concretamente alla gestione di un "posto medico avanzato" istituito dal 118 a Villa Basilewsky durante il Social Forum europeo nel 2002; sempre assieme al 118 sono stati ge-

stiti "posti mobili di soccorso" durante la manifestazione nazionale del marzo 2002.

Il Ministero degli Esteri ha allertato anche il CIVES, durante l'emergenza per Ebola, in Uganda e il Dipartimento della Protezione Civile ha richiesto al CIVES la disponibilità per costituire un nucleo di infermieri da inviare in Iraq. Durante l'emergenza "Etna" (gennaio 2003) sono stati inviati due infermieri del nucleo fiorentino CIVES al "posto medico avanzato" del CIVES Catania.

Il CIVES Firenze è orientato, anche grazie alla maggior disponibilità di risorse umane, ad incrementare le collaborazioni con le Istituzioni e con le altre Organizzazioni di volontariato; la ricerca di finanziamenti è finalizzata, al momento attuale, ad aumentare la "visibilità" (acquisto di divise e distintivi), per facilitare l'individuazione della figura sanitaria infermieristica, sia in fase di esercitazione che in emergenze reali.

Possiamo dire con orgoglio che dei nuclei CIVES di tutta Italia il nostro è tra i più vitali e con una buona esperienza al suo attivo. Tutti i colleghi che vorranno contribuire a farne il nostro "fiore all'occhiello" potranno rivolgersi, per informazioni sulle future attività e le modalità di iscrizione, al Collegio IPASVI di Firenze che mette a disposizione la sua segreteria.

Lunedì: ore 15-19; Mercoledì: ore 9-12; Venerdì: ore 15-19 ai numeri: 055/359866; Fax 055/355648

Suore o infermiere per le «amorevoli cure»?

Dopo le dichiarazioni del Presidente del Consiglio sull'utilizzo di operai FIAT per far fronte alla carenza di infermieri, segue la nostalgia del Ministro della salute Sirchia per i tempi in cui le suore vegliavano sulle corsie.

Una professione, la nostra, ancora poco stimata dalla classe politica; i progressi ottenuti in questi ultimi anni in campo normativo, formativo e professionale stentano ad essere riconosciuti, spetta a noi affermarli nel nostro lavoro quotidiano.

Di seguito riportiamo la lettera pubblicata su "La Repubblica" di una collega giustamente scandalizzata dalle parole del ministro.

A proposito delle affermazioni del Ministro della Salute Sirchia circa i bei tempi andati in cui interi reparti ospedalieri erano affidati alle amorevoli cure delle suore. Come infermiera questa affermazione mi scandalizza non poco. La mia professione si è infatti nel tempo sempre più responsabilizzata e gli infermieri oggi devono acquisire conoscenze, tecnologie, standard di qualità e lo fanno senza dimenticare l'umanità, che aldilà delle macchiette di qualche film, diventa a volte un vero e proprio strumento di terapia.

Le affermazioni del Ministro sembrano più che un inno al tempo che fu, l'aria buona, il cibo genuino... e le suore a servire il caffè al primario. Il ministro ha anche parlato di nostalgia per la cera sui pavimenti dei reparti e per le piante e i fiori di cui questi erano ornati. Per inciso i pavimenti in ospedale raccolgono germi, che vanno lavati con ipoclorito di sodio e non con sostanze che li renderebbero sdruciolevoli; le piante invece sono terreno di coltura di alcune delle peggiori specie di batteri e nessun ospedale degno di questo nome sognerebbe di adornarne i reparti.

*Lettera di Maria Luisa Canna
Da "La Repubblica" 28 novembre 2003*

Il Consiglio Direttivo del CIVES eletto il 30 giugno 2003

Giovanni Senes	Referente
Bruno Bianchini	Segretario
Leonardo Martelli	Vice-Referente
Enrico Lumini	Consigliere (membro del Direttivo Nazionale CIVES)
Giovanni Becattini	Consigliere

EBN: ricercare ed utilizzare le «evidenze» scientifiche

Parte seconda

Nella prima parte di questo articolo si è cercato di inquadrare la filosofia dell'evidence based nursing nel contesto sanitario attuale, attraverso un'analisi storica e scientifica delle evoluzioni avvenute fra vecchio e nuovo paradigma. Ora si vorrebbe ampliare il campo d'azione andando alla ricerca delle informazioni necessarie per praticare questo approccio. Pertanto, ci si focalizzerà, senza pretesa di completezza, sui "luoghi", sulle indicazioni per la ricerca, su come collocare i risultati nella piramide delle evidenze e cogliere la forza delle raccomandazioni.

Annalisa Pennini

Dove ricercare

Il momento della ricerca delle informazioni è quello in cui si possono trovare risposte ai quesiti che il professionista rileva nella pratica clinica. Ecco alcune fonti che possono essere utili per diverse tipologie di domande.

Per iniziare da temi generali si passa per MEDLINE. E' una banca dati mondiale che può servire per orientarsi su un determinato tema. Riguarda tutte le aree della medicina e delle scienze ad essa collegate. Contiene citazioni provenienti dalla recensione di circa 4000 riviste internazionali, dal 1966 ad oggi. Ci si accede gratuitamente attraverso la rete internet e prevede un sistema di ricerca attraverso parole chiave (MeSH headings). Altra possibilità è rappresentata dalla banca dati CINAHL, più specifica per il nursing, che però è a pagamento.

E' utile ricordare che qualche ostacolo può essere incontrato sul cammino del "consumatore di ricerca". Molti lavori si trovano pub-

blicati su riviste scritte in lingua inglese e non sempre è disponibile il testo integrale. Infatti nelle banche dati si possono trovare gli abstract di articoli; spesso per avere il *full-text* è necessario poi ricercare materialmente la rivista nelle emeroteche disponibili. Pertanto, per facilitarci il compito è conveniente, soprattutto per chi sperimenta questo approccio per le prime volte, dirigersi su studi secondari, cioè su "raccolte" sistematiche di quanto esiste in letteratura su una tematica. Infatti la tipologia delle informazioni viene solitamente suddivisa in due grandi categorie: una riguardante i cosiddetti studi primari (trial randomizzati e controllati, studi di coorte, studi caso controllo, etc) e una seconda che comprende gli studi secondari che sono le revisioni sistematiche e le linee guida. E' inoltre corretto distinguere le revisioni tradizionali da quelle sistematiche: nelle prime non sono esplicitati i metodi di selezione, sintesi ed interpretazione delle evidenze; nelle seconde invece viene esplicitata la metodologia utiliz-

zata e quindi vi è la possibilità di effettuare una valutazione critica. Le Linee Guida sono invece definite come: "*Raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche*" (*Institute for Medicine 1992 Guidelines for clinical practice: from development to use. National Academic Press, Washington, DC.*)

In letteratura si ritrovano diversi tipi di studi, alcuni molto validi, altri meno. Ciò per vari motivi, per esempio possono esservi delle carenze metodologiche oppure gli studi sono basati su campioni non significativi. Diventa quindi importante iniziare a criticare le informazioni raccolte per comprendere se le "evidenze" identificate possono effettivamente essere applicati alla pratica professionale. Vi sono Istituti e Centri abilitati ad analizzare criticamente le ricerche ed a produrre revisioni sistemat-

che di tutto quello che si trova pubblicato e non su un dato argomento. Ad un ricercatore poco esperto, consiglio di orientarsi direttamente alla ricerca di queste fonti, piuttosto che “perdersi” nelle banche dati che riportano studi primari. Fondamentale in questo campo l'attività della *Cochrane Collaboration*, che si occupa di “preparare, aggiornare e disseminare revisioni sistematiche degli studi clinici controllati sugli effetti dell'assistenza sanitaria e, laddove non sono disponibili studi clinici controllati, revisioni sistematiche delle evidenze comunque esistenti”. Un'altro sito visitabile è quello del Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze (GIMBE). Inoltre si possono segnalare altre banche dati, che propongono linee guida: NCG (National Guideline Clearinghouse – banca dati americana); SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network – banca dati scozzese); New Zealand Guidelines Group (banca dati neozelandese); CDC (Centers for Disease Control and Prevention – Atlanta USA).

Se si vuole cercare qualcosa di più specifico per l'assistenza infermieristica, riguardante studi secondari, ci si può orientare sul sito internet del Joanna Briggs Institute (JBI) oppure su quello del Royal College of Nursing. Se cer-

cate informazioni e documenti autorevoli ed aggiornati in italiano potete orientarvi sul Centro Studi EBN del Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, che tra l'altro propone traduzioni di documenti di interesse infermieristico provenienti sia dal JBI (Australia) che dal Royal College of Nursing (Gran Bretagna). Di questo ultimo sono disponibili traduzioni di editoriali e di *user's guide*, che trattano l'argomento *evidence*, soprattutto dal punto di vista metodologico; mentre riguardo il JBI vi si possono trovare traduzioni di revisioni sistematiche di *Best Practice*.

Come ricercare

“Finché non si è in grado di formulare quesiti a cui è possibile rispondere, si è destinati a spreca- re molto del limitato tempo dedicato alla ricerca ed alla consultazione della letteratura disponibile con la conseguenza di rimanere non solo frustrati, ma di vedere diminuire la propria competenza clinica” (Centro Studi EBN – S. Orsola Malpighi – Bologna).

Strutturare dei quesiti appropriati è il primo, fondamentale passo per procedere alla ricerca. Cioè, in altre parole: se non si sa dove andare, è impossibile arrivarci.

Un sistema che può essere utile è formulare il quesito a cui si cerca

di dare risposta attraverso la ricerca, è il PICO (Patient – Intervention – Comparison – Outcome). Vediamo di chiarire. Il professionista che ha in mente un problema o vuole trovare risposte ad un dubbio che compare nella sua pratica professionale, può strutturare una domanda formata da questi quattro elementi:

– Paziente (*patient*): quali sono i pazienti oggetto di studio?

– Intervento (*Intervention*): qual è l'intervento o l'oggetto di riferimento?

– Intervento alternativo – Confronto (*Comparison*): quali alternative vi possono essere all'intervento?

– Risultato (*Outcome*): quali risultati ci si aspetta?

Piramide delle evidenze e forza delle raccomandazioni

Si è accennato a diverse tipologie di studi. Per collocarli in ordine di importanza e di autorevolezza e quindi potersi orientare fra quanto si può incontrare ricercando evidenze è corretto fare riferimento alla cosiddetta piramide delle evidenze, detta anche gerarchia delle forme di prova (figura 1).

Questa suddivisione in senso gerarchico, vede alla base alla piramide gli studi che forniscono scarsi livelli di evidenze ed in cima importanti livelli di evidenze.

Alla base vi si trovano gli studi preliminari, cioè le ricerche effettuate su animali ed in vitro, difficilmente applicabili alla realtà clinica. Subito al secondo scalino vi sono le opinioni di esperti. Questo livello di “evidence” pur non essendo costituito da studi rigorosi, spesso rappresenta l'unico orientamento nella pratica quando non vi sono disponibili altre fonti di prova. Al terzo livello vi sono i *case-report*, dove vengono resi espliciti i risultati di studi osservazionali su singoli casi. L'evidenza è ancora abbastanza scarsa perché ci si riferisce ad un solo caso e perché manca il controllo, il confronto con altri. Per poter essere maggiormente attendibili si

Bibliografia essenziale

- A. Cartabellotta, A. Potena, *La guideline entra in azienda*, in Sole 24 Ore Sanità & Management, Aprile 2001, pag. 35-41
 S. Hamer, G. Collinson, *Evidence-based nursing – Assistenza basata su prove di efficacia*, Edizione italiana a cura di Paolo Chiari, Antonella Santullo, McGraw-Hill, Milano 2002.
 S. Minozzi, *La ricerca informatica dei dati*, in Salute e Territorio, 112/113, anno XX, gennaio-aprile 1999, pag. 21-25
 A. Palese, *Dove leggere le evidenze scientifiche per il nursing*, in Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2000, 19,1, pag. 66-69

www.evidencebasednursing.it
www.joannabriggs.edu.au
www.guideline.gov
www.rcn.org.uk

deve passare alle serie di casi, che sono sempre studi osservazionali, ma il riferimento è più ampio. Salendo ancora si incontrano gli studi caso-controllo. Sono studi che contemplano due gruppi che vengono osservati in modo retrospettivo, cioè partendo da fatti che sono già avvenuti. Gli studi di coorte, sono studi effettuati su due gruppi (esposti e non esposti) che vengono osservati nel tempo (in modo sia retrospettivo che prospettico). Il livello di evidenza è maggiore perché si basa su gruppi più ampi di persone. In cima alla scala, si incontrano gli RCTs. Questo tipo di studi viene identificato come il *gold standard* dell'evidenza, in quanto rispetto agli altri studi che sono tutti osservazionali, questo è uno studio di tipo sperimentale. I pazienti vengono scelti ed inseriti nello studio secondo precisi criteri di inclusione/esclusione e suddivisi in due gruppi (casi e controlli) in modo casuale.

La forza delle raccomandazioni si riferisce al fatto che alcune procedure o interventi vengono raccomandati, mentre altri lo sono meno o ancora non lo sono affatto. Si identificano 5 livelli che possono orientare il professionista all'utilizzo di una procedura o di un intervento (figura 2)

E' intuibile che al primo posto sono collocate le raccomandazioni

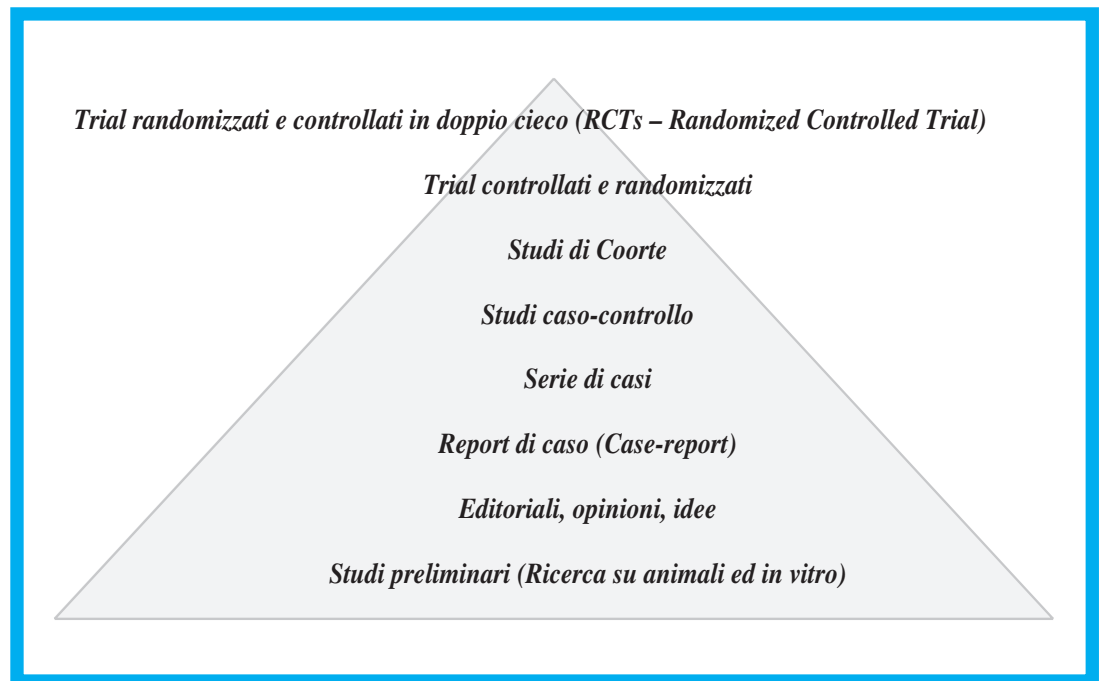


Figura 1

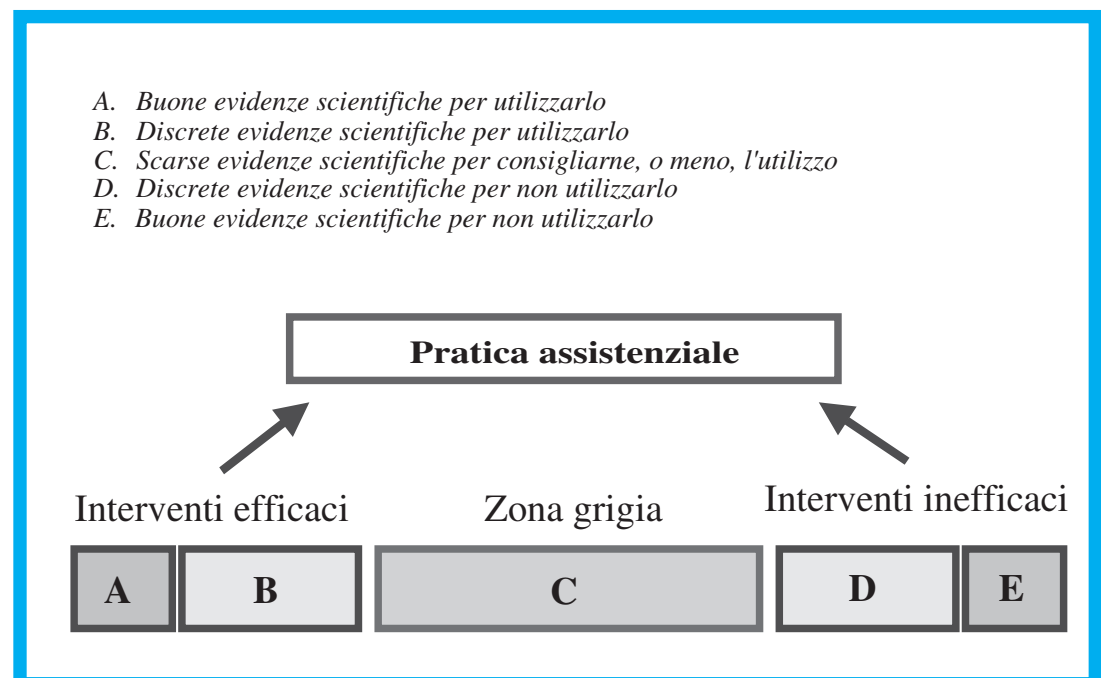


Figura 2

più forti, cioè l'intervento o la procedura è fortemente consigliato in quanto esistono buone evidenze scientifiche. Scendendo le evidenze diventano discrete e quindi la raccomandazione è meno forte. Il problema è rappresentato dagli interventi contemplati nel livello C - *Scarse evidenze scientifiche per consigliarne, o meno, l'utilizzo* - per i quali non ci sono suffi-

cienti prove che ne raccomandino l'utilizzo. Questa area è di solito denominata "zona grigia", in quanto in questo caso il professionista, che sia in cerca di evidenza, dovrà "accontentarsi" delle scarse prove esistenti e basare le proprie decisioni su altri elementi. Infine, gli ultimi due punti identificano le aree dove gli interventi sono sconsigliati.

Palma Bernardi

Da un'analisi demografica ed epidemiologica della città scaturisce che è impossibile separare gli aspetti sanitari epidemiologici della popolazione da quelli prettamente demografico-sociali.

I livelli di salute di una popolazione sono il riflesso delle sue caratteristiche strutturali e socioeconomiche. Quest'insieme di fattori rende complessa l'interpretazione e l'identificazione degli elementi che determinano i rischi per la salute, portando a delle scelte politiche non sempre adeguate.

Continuando sulla strada già intrapresa da precedenti accordi, (Accordo di Programma fra Comune e ASL sottoscritto il 19/12/00), la SdS appare lo strumento ideale per migliorare il sistema d'erogazione delle prestazioni sociali e dei servizi sanitari e sociosanitari che in Toscana è orientato su principi caratterizzati da universalità dell'accesso, eguaglianza nell'accesso, solidarietà nella comunità e sussidiarietà verticale ed orizzontale. Il Comune di Firenze e l'ASL10 si sono proposti per sperimentare la SdS con la "finalità di rafforzare e sviluppare il modello universalistico dei servizi alla persona".

Dal confronto tra la "mappa dei bisogni", "gli indici di salute" e "la mappa dell'offerta" scaturiscono le priorità di salute e di miglioramento del sistema d'offerta. In tal modo si potranno definire meglio le strategie per raggiungere gli obiettivi preposti: una maggiore integrazione fra i settori di programmazione che si occupano della varie categorie di "determinanti della salute" dei cittadini; un nuovo ruolo di governo congiunto del Comune di Firenze e dell'ASL, per tutti gli interventi di sostegno alle persone in ambito zonale; un pieno coinvolgimento dei cittadini e delle varie espressioni sociali riconducibili al Terzo Settore (volontariato, associazionismo, cooperazione sociale); una programmazione unitaria e condivisa; un modello d'impiego delle ri-

La società della salute (SdS) è una soluzione organizzativa dell'assistenza territoriale. Basata sui principi espressi nel Piano Sanitario Regionale 2002/2004 unisce le funzioni d'indirizzo, programmazione e governo degli enti locali con la sanità, integrando le componenti della società civile e gli stessi cittadini.

sorse che sappia unire i punti di forza presenti nelle due amministrazioni; una sistematizzazione delle tre tipologie progressive di programmazione: integrazioni fra Piano Sociale di Zona e Piano Attuativo Locale, programmazione congiunta orientata alla valutazione degli esiti delle azioni, programmazione orientata ad obiettivi di salute collettiva.

E' previsto un processo di sperimentazione che si dovrà sviluppare gradatamente, nell'arco di tre anni, garantendo l'unitarietà della visione del governo; nonostante l'inizio ogni ente manterrà la propria titolarità.

Dopo un attento studio eseguito da varie commissioni sono stati individuati gli effetti attesi della sperimentazione:

- riprogettazione contestuale ed integrata dei processi "critici" di presa in carico delle persone. Immediata attenzione sarà dedicata all'insieme delle attività e prestazioni a favore degli anziani e dei disabili;

- miglioramento della capacità di lettura dei bisogni della popolazione e dell'analisi della committenza;
- superamento delle discontinuità nell'erogazione dell'assistenza identificando i principali problemi di coordinamento tra diverse strutture e tra strutture e servizi;
- definizione dei rapporti ospedale-territorio in modo da garantire un'efficace integrazione;
- valorizzazione di un nuovo approccio culturale di tutti gli attori coinvolti, per orientare le azioni verso un'integrale "Promozione della salute" (benessere fisico, psichico e sociale dei cittadini).

Lo strumento giuridico sarà costituito da un "Consorzio Pubblico" basato sulle indicazioni dell'atto d'indirizzo della Giunta Regionale. Tale consorzio sarà governato dai seguenti organi:

Il Presidente è il Sindaco, l'esecutivo è formato dal Sindaco, dal Direttore Generale ASL, da un Presidente di Quartiere, l'organo di governo il Sindaco, gli Assesso-

Firenze, prende il via

La nuova scommessa

la «Società della Salute» della sanità fiorentina



ri, il Presidente di Quartiere, il Direttore Generale ASL, i rappresentanti ASL 10

L'Organo di governo, composto dal Sindaco (o dall'Assessore delegato), dagli Assessori con deleghe di interesse per la Società della Salute espressamente individuati dal Sindaco, i Presidenti di Quartiere, il Direttore Generale dell'Azienda (in rappresentanza della Regione Toscana), tre rappresentanti Azienda Sanitaria Locale (Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Coordinatore Sociale)

L'Esecutivo (espressione dell'organo di governo), composto dal Sindaco (o dall'Assessore delegato), dal Direttore Generale Azienda Sanitaria di Firenze, e da un presidente di Quartiere. All'esecutivo sono ricondotte anche le funzioni di cui all'art. 5 "Livello istituzionale" dell'Accordo di Programma.

Sottoscritto fra il Comune di Firenze e l'Azienda USL il 29 dicembre 2000.

Sempre in base agli studi fatti sono state individuate tre aree importanti per l'integrazione e la partecipazione dei cittadini:

1) **Informazione utenti.** Affidata agli Uffici Relazioni con il pubblico dell'ASL ed ai Centri Sociali.

2) **Tutela dei cittadini.** La raccolta delle segnalazioni sarà eseguita nelle sedi dell'URP, ma l'indagine sarà poi affidata alla SdS.

3) **Partecipazione dei cittadini.** Sarà istituito dall'organo di governo un Comitato di partecipazione della SdS composto di rappresen-

ti della comunità locale. Le associazioni di volontariato e del Terzo Settore saranno rappresentate in un'apposita Consulta.

La Sds di Firenze avrà circa 1.500 dipendenti e un bilancio che supererà i 700 miliardi di vecchie lire, paragonabile a quello di Palazzo Vecchio.

Questo a grandi linee lo schema su cui si basa la SdS, ma com'è stata accolta questa nuova organizzazione nell'area fiorentina?

L'associazione di volontariato IDRA nel comunicato stampa del 17/06/03 è molto dura nei confronti dell'iniziativa definendola piena di petizioni di principio a cui non si può dar credito visti i precedenti: "A Firenze si amministrano e si somministrano disordine, stress, disagio, patologie. Altro che salute!" L'associazione critica anche le scelte organizzative, nello specifico lo strumento giuridico, dove ci sono poche figure tecniche e numerosi esponenti politici.

Il professore universitario del dipartimento di Sanità Pubblica Gavino Maciocco, dopo un'attenta e minuziosa analisi della SdS, parla d'opportunità e di rischi all'interno di questa nuova organizzazione. Opportunità, che si potrebbero creare nel rivitalizzare il servizio sanitario toscano attraverso due strumenti: i Piani integrati di salute e la Società della salute. Dove con il primo si punta a coinvolgere nella pianificazione sanitaria settori inevitabilmente contigui (sociale, urbanistico, trasporti, traffico, casa, cultura etc.); con il secondo si mira a coinvolgere e responsabilizzare le autonomie locali e le parti più vive della società civile nell'amministrazione e nella gestione dei servizi socio-sanitari con l'intento di garantire integrazione tra i due settori.

Rischi, speculari alle opportunità, perché operazione complessa e laboriosa con risultati difficilmente misurabili nell'arco temporale di un piano; con grossi dubbi sul ruolo dei Comuni dell'ASL che dopo anni d'aziendalizzazione della sanità hanno sviluppato una crescente



divaricazione tra politiche sanitarie e politiche sociali, ed altrettanti grandi interrogativi sui ruoli che dovranno rivestire il volontariato, il Terzo Settore ed i medici di famiglia.

Diversi soggetti politici parlano di rischio "lottizzazione", della mancanza d'organi di controllo, del pericolo di una progressiva perdita di contatto tra ospedale e territorio e di necessità di pareggiare il bilancio, poiché è previsto lo scioglimento in caso di squilibrio di bilancio.

I Sindacati, nello specifico la CGIL, si sono battuti per la formazione di un consorzio e non di una Spa, che si sarebbe potuta facilmente

privatizzare, e continuano a sottolineare che i compiti di programmazione e di gestione dovrebbero rimanere separati.

Perplessità anche da parte dei medici di famiglia: d'accordo sulla riunificazione delle competenze ma incerti sulla sovrapposizione di strutture già esistenti.

Tra le varie discussioni, sempre aperte, il progetto intanto va avanti. Ad ottobre è stata siglata un'intesa tra amministrazione comunale, azienda sanitaria fiorentina e sindacati confederali che prevede l'avvio di una fase di concertazione con le organizzazioni sindacali confederali e di categoria nel merito della candidatura di Fi-

renze alla sperimentazione della Sds.

Il 17 novembre 2003 è stata approvata la delibera sulla Sds, dopo un lungo percorso fatto di discussioni ed incontri con i vari soggetti coinvolti.

Partirà, quindi, la sperimentazione e tutti sono ansiosi di vedere come si svilupperà la nuova sanità fiorentina.

Concludo questa breve presentazione della Sds con l'opinione di Gianfranco Cecinati, presidente del Collegio IPASVI di Firenze che ha dichiarato: *"Il collegio IPASVI di Firenze esprime un giudizio positivo all'avvio della sperimentazione della Sds. Era maturo, secondo noi, il momento di trovare strumenti e strategie appropriati per affrontare i problemi sociali e sanitari del territorio fiorentino. Gli abitanti della nostra provincia secondo indagini epidemiologiche mostrano un'età media piuttosto alta, ma anche un ottimo stato di salute, questo grazie anche ad un modello sanitario, quello toscano, che sempre più sta diventando un riferimento per altre regioni e alternativo ad altri modelli sanitari italiani. Un sistema quasi totalmente pubblico che riesce a coniugare universalità ed equità di servizi mantenendo standard d'efficienza elevati.*

Nella Sds ci saranno anche gli infermieri, a contribuire alla riuscita di questo nuovo esperimento. Gli infermieri saranno anche rappresentati nello staff di direzione e coordinamento e saranno chiamati a lavorare ai tavoli tecnici partecipati per la costruzione dei PIS (piani integrati di salute) strumento centrale delle Sds.

Gli infermieri sono felici di lavorare finalmente per la salute e non solo per eliminare la malattia; un augurio, quindi, ai due co-amministratori e un invito a valorizzare una delle risorse più preziose e quantitativamente più presenti nella sanità, gli infermieri, senza i quali non è possibile erogare servizi di qualità al cittadino".

Gli infermieri sono felici di lavorare finalmente per la salute e non solo per eliminare la malattia; un augurio, quindi, ai due co-amministratori e un invito a valorizzare una delle risorse più preziose e quantitativamente più presenti nella sanità, gli infermieri, senza i quali non è possibile erogare servizi di qualità al cittadino".



L'infermiere-prescrittore nel Regno Unito: giusto oppure no?

In un discorso al Royal College of Nursing il 24 Aprile 2002, Alan Milburn segretario di Stato per la Salute, disse che gli infermieri stanno guidando le riforme del Servizio Sanitario (NHS). Ha elogiato i 23.000 infermieri autorizzati a fare prescrizioni mediche, e che attendeva con ansia di arrivare ad un totale di 30.000 per il 2004. Dichiarò l'intenzione di assicurare che l'infermiere che lo desiderasse poteva prescrivere i farmaci appropriati ai propri pazienti. Voleva che la prescrizione medica facesse parte dell'addestramento d'ogni infermiera. Preparò i suoi piani per la prescrizione supplementare, che significa niente formulario, nessuna lista ristretta di farmaci e nessuna restrizione sul luogo o specializzazione.

Si poteva prevedere la reazione al suo discorso: il rappresentante dell'associazione medica (BMA) Peter Fellows disse: "l'addestramento che gli infermieri riceveranno sarà pressochè insufficiente e non darà loro le conoscenze cliniche necessarie per poter prescrivere farmaci." Mark Jones, un consulente di cura primaria al Royal College of Nursing, ribadiva: «l'infermiere dovrebbe essere in grado di prescrivere ciò che è necessario per i bisogni dei loro pazienti della intera British Formulary (BNF)». Ambedue i punti di vista sono insostenibili. Il potere di prescrizione infermieristica offre dei vantaggi enormi ai pazienti, ma l'evidenza indica che la rapidità con cui viene messo in pratica, riserva dei gravi pericoli. Se il procedimento tracciato da

I medici sono notoriamente gelosi del loro potere e prestigio così come, al contempo, gli infermieri sono uno tra i gruppi più sottovalutati e non riconosciuti.

I confini di ambedue le professioni si stanno ora confondendo nella contenziosa questione di diritti alla prescrizione medica.

Milburn Jones verrà messo in pratica e il primo gruppo di infermieri-prescrittori sarebbe pronto a fine anno, il Regno Unito si lancerà in un esperimento pericoloso e incontrollabile.

Si stanno manipolando gli infermieri con la giustificazione di provvedere ad una più veloce ed efficace accesso alla cura sanitaria, per riempire i vuoti lasciati dalla carenza di medici. Il potere di prescrizione non costituisce un progresso maggiore nello status degli infermieri. È un semplice definire di nuovo i confini di una professione allo scopo di dar soluzione ad un problema politico emergente, con poca attenzione all'impatto che esso avrà sia nella professione, che nella cura dei pazienti. Inoltre, quando i medici fanno una prescrizione, fanno anche degli errori, solo ora si sta comprendendo il perchè di questi errori. Bisogna sicuramente capire le cause di questi errori prima di

allargare le frontiere della responsabilità che questo diritto comporta. È imprudente estendere così velocemente il peso di questo rischio.

La ricerca sul curriculum per la prescrizione infermieristica è solo agli inizi, Helen Leather trova una grande varietà nell'insegnamento di farmacologia nei corsi per infermieri, da poche ore a 100 ore. Se il diritto di prescrizione è esteso a tutti i farmaci, gli infermieri dovranno conoscere la farmacologia di base, incluso il meccanismo e azione dei narcotici, la farmacocinetica, la farmacodinamica e come valutare le prove nei test clinici. In altre parole, l'addestramento degli infermieri assomiglierà a quello dei medici. È veramente questo il futuro della professione infermieristica? Non è in discussione la difesa dei confini tra professioni, ma il rispetto dei ruoli professionali distinti in un'epoca di carenza di infermieri e medici.

In ogni caso, nella pratica sarà l'infermiere-prescrittore a fare la differenza? Anche se gli infermieri di una clinica cardiologica dimostrarono di essere stati più efficienti dei medici nel migliorare il proseguimento della cura, non sembrava che questo migliorasse la medicina preventiva, per quanto riguardava la prescrizione dei farmaci. Certamente esistono le prove che anche gli infermieri, così come i medici, disattendono a volte le linee-guide stabilite. Per esempio, gli infermieri-prescrittori fecero degli errori nella scelta dei farmaci per la depressione e nel decidere il periodo di trattamento degli anti-depressivi. Questi dati non costituiscono una disapprovazione del valore dell'infermiere-prescrittore, ma sono una ragione per il quale bisogna essere cauti prima di allargare il diritto di prescrizione all'intero prontuario dei farmaci.

Certamente l'evidenza esistente punta verso la ricerca dei modi più creativi e più importanti con cui gli infermieri possano contribuire al miglioramento della pratica della prescrizione. Dibattersi solo sul diritto della prescrizione significherebbe perdere il punto centrale della questione. L'efficienza degli infermieri è provata nel fermare le droghe, non nel iniziarle. Un gruppo di pazienti affidati a un gruppo di intervento capeggiato da infermieri riuscirono a ridurre i dosaggi di farmaci anti-infiammatori non-steroidici e perciò a ridurre i costi sostanziali a differenza dei pazienti che ricevevano solamente dei consigli, oppure attraverso i depliant.

Per qualsiasi farmaco legalizzato una regola di medicina prevede la sicurezza. Eppure una circolare del 16 Aprile 2002 dall'Agenzia di Controllo Farmacologico e il Ministero della Salute riguardando la prescrizione supplementare di infermieri parla dell'esclusione di farmaci del triangolo nero (quelli approvati di recente e soggetti a controlli specifici con relazione scritta) il tutto viene descritto

come una restrizione non necessaria. Nell'estendere i diritti di prescrizione si rischia di ignorare anni di duro lavoro per accrescere la conoscenza della sicurezza farmacologica. Tanti effetti negativi dei farmaci sono emersi soltanto dopo averli approvati. E quando un nuovo farmaco viene approvato, è ancora più importante la vigilanza e cautela. Estendere i diritti di prescrizione a tutti i farmaci nuovi comporterebbe dei rischi inutili ai pazienti. Peggio ancora, negli inevitabili casi futuri di negligenza o malfunzionamento nella prescrizione medica, gli infermieri verranno tenuti sullo stesso piano regolamentare standard dei medici? Questo standard potrebbe essere ingiusto dato la differenza di addestramento dato agli infermieri, ma come si risolveranno questi conflitti, nei tribunali giudiziari?

Secondo le opinioni degli infermieri, ci vorrà un'approccio più cauto e più attento a ciò che viene avanzato dal governo e dal Royal College of Nursing. Peter Nolan e i suoi colleghi fecero recentemente un sondaggio sulle opi-

nioni degli infermieri del reparto salute mentale, sull'argomento della prescrizione infermieristica. Tanti mostrarono delle serie preoccupazioni sugli svantaggi di questo, altri temevano l'insufficienza di educazione e addestramento, altri ancora erano ansiosi per l'aumento delle responsabilità e il carico di lavoro. Uno su dieci temeva una diminuzione di contatto coi pazienti, la mancanza di controllo, e la mancanza remunerativa, e il timore che tutto questo fosse soltanto una copertura per far aderire l'infermiere ad un prototipo. Queste ricerche trovano eco anche fuori del Regno Unito. L'insieme di tutte queste ricerche, con tutte le incertezze e ragionamenti che da esse scaturiscono, mandano un messaggio chiaro al governo: rallentare il processo di allargamento del diritto alla prescrizione. La prescrizione infermieristica ha troppo da offrire alla cura dei pazienti, per farla affondare a causa di una implementazione politica affrettata.

Traduzione di Iolanda Lotti
da «The Lancet» vol. 359 - 1 giugno 2002

WHAT IS THIS?

di Paola Gioachin

Termini inglesi da imparare,
conoscere e utilizzare

BENCHMARKING E' una metodologia di indagine che aiuta le aziende a confrontarsi con altre al fine di migliorare le singole attività (processi) e la produttività. Consiste nell'identificare e comprendere i sistemi produttivi migliori ed i fattori critici di successo di altre organizzazioni per poi adattarle in maniera intelligente e creativa alla specificità del proprio ambito lavorativo e della propria azienda per migliorarne i risultati. Il benchmarking prescinde dal settore di appartenenza. Infatti con questo strumento si ricercano le prassi eccellenti presso le aziende leader in vari settori del mercato, anche differenti dalla propria realtà lavorativa. Successivamente si studia come adattare alla realtà della propria azienda quanto appreso con il benchmarking. Si distingue il benchmarking interno, realizzato all'interno della propria organizzazione (gruppo, reparto), confrontando un contesto con altri più eccellenti; il benchmarking competitivo, realizzato confrontandosi con aziende concorrenti e il benchmarking esteso, realizzato confrontandosi con aziende non concorrenti anche al di fuori del proprio settore di attività.



Cercando l'essenza dell'assistere

Mariano De Mattia

Da due giorni sono stato dislocato in Medicina Riabilitativa Cardiologica per compensare uno squilibrio tra il carico di lavoro e le risorse umane... niente di nuovo sotto il Nursing sky.

Il primo di tutti i vantaggi di questa esperienza è stato il recupero del rapporto con l'unità di degenza (anche detta malato, paziente, cliente, utente o, proprio quando ci scappa, persona). E' infatti noto, ai tanti che lavorano in pronto soccorso, quanta fame di relazione umana può esserci talvolta in questa specifica Unità Operativa.

Proprio mentre mi gustavo l'essenza della nostra professione; sedersi sull'angolo di un letto per conoscere le passioni segrete, i sogni e la visione della vita del signor Aristide Lilla (...e basta con questo inflazionatissimo Mario Rossi), nei corridoi della mia fantasia si aggirava una *giovane donna con una lampada in mano* che continuava a ripetere insistentemente a tutti (ota, osa, asa, oss, ip, ig, dai, afd...) la stessa assurda domanda: *Cortesemente, che cos'è l'assistenza infermieristica? Dove la trovo? Pensate che qualcuno si sia fermato per rispondere? Niente affatto! Ota, osa, asa, oss, ip, ig, dai, afd, nessuno sapeva dirmelo, ma Caterina, 87 anni, scompenso cardiaco in recente shock cardiogeno, morbo di Parkinson, demenza senile, artrosi reumatoide deformante, un pomeriggio apparentemente simile ad altri mi ha suggerito la risposta.*

Caterina, 87 anni, scompenso car-



Che cos'è l'assistenza infermieristica? Dove la trovo? Pensate che qualcuno si sia fermato per rispondere? Niente affatto! Ota, osa, asa, oss, ip, ig, dai, afd, nessuno sapeva dirmelo, ma Caterina, 87 anni, scompenso cardiaco in recente shock cardiogeno, morbo di Parkinson, demenza senile, artrosi reumatoide deformante, un pomeriggio apparentemente simile ad altri mi ha suggerito la risposta.

nella illustrazione
Il terapeuta - R. Magritte 1962

diaco in recente shock cardiogeno, morbo di parkinson, demenza senile, artrosi reumatoide deformante... in un pomeriggio apparente-

mente simile ad altri mi ha suggerito la risposta.

Nell'arco degli otto interminabili minuti in cui ci siamo entrambi ostinati a non ricorrere all'ausilio del trita pillole, Caterina mi ha chiesto con lo sguardo di continuare a credere nell'eresia di assumere le numerose compresse secondo la più classica delle modalità: accompagnate da un sorso d'acqua! Una alla volta, intere e direttamente dalla sua mano alla bocca... a costo di impiegarci tutta la serata, il lusso di lavorare, in due in turno, con appena 12 pazienti ti consente addirittura di accorgerti che nel letto ci sono ancora delle persone.

Il percorso che ha portato le singole compresse dalle dita alle labbra di Caterina sembrava veramente interminabile. Più di una volta, è stato necessario raccogliere il farmaco dal letto e ripartire d'accapo!

C'è stato un attimo in cui stavo per arrendermi, ma poi grazie alla tenacia di Caterina, la sola in grado di rispondere all'arduo quesito, ce l'abbiamo fatta.

E' in questo perseverare, in questo credere che siamo ancora, prima di tutto, lì per integrare la parte temporaneamente mancante della persona assistita che si può riscoprire dov'è finita e che cos'è la professione di cui speriamo ogni giorno di essere degni. E' nella follia di emozionarsi fino alle lacrime quando Caterina manda giù l'ultima compressa con l'aria fiera e soddisfatta di chi ha appena vinto il nobel per l'audacia, è nella possibilità di sentirsi fino in fondo allievi degli allievi e professori tra i professori, è nell'onestà di riconoscere che il benessere è una fitta trama che s'intesse ancora con l'antica triade: *Sapere, saper fare e saper essere.*

Dialoghi della salute con la malattia

Il «Freddo» di Thomas Bernhard

Questa rubrica, che ha presentato nel precedente numero «Il diario del seduttore passivo» di Ottiero Ottieri, si propone di effettuare un exkurs attraverso i libri dei maggiori autori europei interpreti del dramma esistenziale del malato e dell'irrapresentabilità psicologica del sano.

Silvia Marabissi

La medicina cinese sostiene che la 'malattia polmonare' derivi da un accumulo di lacrime e tristezza inespresa.

“Non ho mai pianto perché le mie lacrime sono diventate pensieri” sosteneva Cyoran, ma nel caso di Bernhard, che pur pensò e scrisse moltissimo, la malattia polmonare non rinunciò a presentarsi realmente condensandosi nelle pagine del *Freddo*, penultimo romanzo autobiografico dell'autore austriaco.

Nel febbraio 1949, ancora diciottenne, a causa di un'infreddatura trascurata (la madre stava morendo di cancro), aveva contratto la pleurite. La cosa assurda fu che appena cominciò a riprendersi venne portato dal patrigno in un convalescenziario pieno di degenti affetti da tubercolosi, lo stesso centro in cui il nonno materno (lo scrittore Freumbichler) era stato ricoverato qualche settimana prima per morire l'11 febbraio dello stesso anno.

Il freddo racconta questa esperienza autobiografica che assume un valore universale nella modalità di rilettura piena di distacco e autoderisione del fenomeno drammatico in cui “la vita insegna la morte”. Del resto l'intera esistenza di Bernhard era stata contrassegnata da senso di abbandono, sradicamento e scandalo. Era nato in Olanda, 1931, perché la madre voleva nascondere la gravidanza extramatrimoniale, inol-

**A li occhi miei ricominciò diletto,
tosto ch'io usci'fuor de l'aura morta
che m'avea contristati li occhi e 'l petto.**

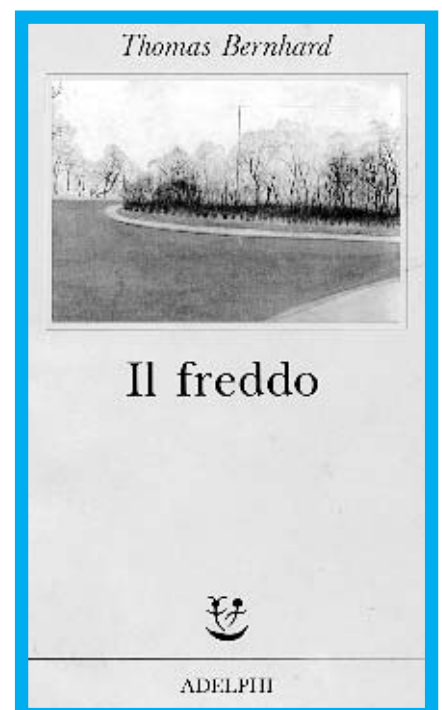
(Dante, *Purgatorio* I)

tre non venne mai riconosciuto dal padre, un falegname della periferia di Salisburgo che morì suicida nel 1940. Visse in casa dei nonni dove si avvicinò alla musica come forma di salvezza, mentre il suo disagio scolastico fu tale che ancora piccolo più volte meditò il suicidio. Finì in un istituto per rieducazione di bambini difficili e poi in un Istituto Cattolico di Salisburgo dove definì il ginnasio “un catastrofico meccanicismo di mutilazione del mio spirito”. Il tema della vita comunitaria obbligata come macchina di sofferenza, privazione affettiva e repressione era molto radicato nell'autore e si riaffaccia nel *Freddo* come memorabile replica di sequenze comportamentali assurde.

Anche il destino di suscitare scandalo, a lui legato dalla nascita, costellò quasi tutti i discorsi politici dello scrittore, incentrati su presunte compromissioni con il nazismo da parte di politici austriaci contemporanei. Il tema dell'adesione all'orrore organizzato serpeggia anche nel *Freddo*, ma riguarda i comportamenti pregressi dei suoi stessi

familiari, l'insabbiamento di presunte atrocità.

Per guarire da una malattia bisogna fare i conti con molte cose, anche con le proprie radici, perché come diceva Novalis “Ogni malattia può essere definita malattia dell'anima.”



Il freddo è anche termine afferente ad un luogo dell'Austria, posto ai piedi della gelida montagna Heuka-rech, l'ospedale di Grafenhof, che manda i suoi degenti a morire altrove per non offuscare la propria fama, e insieme li vorrebbe indurre a guarire tramite elioterapia in un *solarium* posto per sei mesi all'anno all'ombra immobile di una montagna disincantata.

A Grafenhof il nostro eroe entra avendo già superato la sua pleurite (vivo fra i morti), ma viene trattenuto lungamente, a causa di una piccola macchia sulle radiografie, per essere dimesso, come sano, solo dopo che egli ha contratto la tubercolosi polmonare. Vi ritorna peggiorato, con una tubercolosi aperta, per usufruire di un provvidenziale pneumotorace. Purtroppo in una delle ultime visite di controllo la distrazione del medico (durante una manovra delicata si assenta per discutere al citofono con la cuoca dell'ospedale per un cambio di menù) gli provoca l'embolia e un guasto definitivo al pneumotorace, che in seguito richiederà un'insufflazione di aria aggiuntiva dall'addome.

Il finale del libro è sorprendente, il paziente risponde alle bizzarrie della vita e della malattia con una scelta assurda, l'unica praticabile.

Dal punto di vista estetico potremmo sottolineare che l'ultima pagina spezza la partitura di un libro tutta ritmata da ripetizioni binarie di parole, quasi il rapporto ispirazione-espiazione, vita-morte fosse diventato in parte modalità di scrittura. Anche in luce di quell'ultima pagina potremmo dire del *Freddo* ciò che Bernhard asserì riguardo al vivere: "E' stato un incubo, ma ne è valsa la pena."

Thomas Bernhard (1931-1989), celebre scrittore austriaco, scrisse altri romanzi famosi reperibili in traduzione: *La cantina*, *Il respiro*, *Gelo*, *Un Bambino*, *A colpi d'ascia*, *Perturbamento*, *Il nipote di Wittgenstein*, *L'origine*, *Cemento*, *Un'amicizia*, *L'imitatore di voci*. Bernhard fu anche autore di sceneggiature, discorsi, satire e poesie.

COLLEGIO IPASVI - FIRENZE

Orario di apertura al pubblico

LUNEDÌ E VENERDÌ
DALLE ORE 15.00 ALLE ORE 19.00

MERCOLEDÌ
DALLE ORE 9.00 ALLE ORE 12.00

I RECAPITI TELEFONICI SONO:
TEL. 055.359866 - FAX 055.355648

I servizi del Collegio

Segreteria

Elisabetta e Silvia

Orario di apertura al pubblico: lunedì e venerdì dalle ore 15 alle 19; mercoledì dalle ore 9 alle 12

Telefono (negli orari sopra indicati) al numero 055-359866

Fax al numero 055-355648

E-mail all'indirizzo:
segreteria@firenze.ipasvi.it

Quesiti al Presidente

Gianfranco Cecinati

Quesiti a carattere professionale e giuridico

All'indirizzo via Pier Luigi da Palestrina n.11

Via e-mail all'indirizzo:
quesiti@firenze.ipasvi.it

Consulenza Legale

Avv. Paolo Strinati

Previo appuntamento telefonico con la segreteria del Collegio

www.firenze.ipasvi.it

Sito internet del Collegio: Documenti, aggiornamenti, eventi e molto altro

Servizio Bibliotecario

Mauro Marsullo, Luigi Rinaldi

Consulenza per ricerca bibliografica e promozione della ricerca infermieristica. Previo appuntamento telefonico con la segreteria del Collegio

Via e-mail all'indirizzo:
biblioteca@firenze.ipasvi.it

Biblioteca

Il patrimonio documentario (libri e riviste) del Collegio conservato presso la Biblioteca Biomedica dell'Università di Firenze (Careggi). Consultazione delle riviste e prestito libri con orario: dal lunedì al venerdì 8.30-19; sabato 8.30-13. Gli iscritti al Collegio Ipasvi di Firenze possono accedere, grazie ad una convenzione, a tutti i servizi che la biblioteca prevede per i propri utenti. L'elenco dei libri può essere consultato sul sito del Collegio o nel catalogo OPAC della biblioteca.

Rivista

Direttore responsabile

Giancarlo Brunetti

«Obbiettivo professione infermieristica» trimestrale di informazione professionale «Dispatch» supplemento alla rivista. Abbonamento gratuito per gli iscritti. per i non iscritti abbonamento annuo di euro 18,08

Per collaborazioni, contributi e suggerimenti scrivere all'indirizzo e-mail redazione@firenze.ipasvi.it o telefonare alla segreteria.

Obbiettivonet

Newsletter informatica di informazione professionale (per chi possiede una casella di posta elettronica personale o dell'U.O di appartenenza). Iscrizione automatica e gratuita attraverso invio di e-mail all'indirizzo:

obbiettivonet-subscribe@yahoogroups.com

Del toccare e del sentire

Luca Littarru

La dominazione del patriarcato ha senza dubbio mortificato la forza evolutiva propria delle donne, ma non ne ha svilito o intaccato le peculiarità. Da 5000 anni il genere femminile è dominato violentemente, da 5000 anni il genere femminile non ha più alcuna compromissione con il potere. Questo è centrale per definire il genere femminile come genere superiore, capace quindi di sognare – pensare – proporre – agire un sistema di potere differente, condiviso e non più imposto, esattamente perché da questo sistema di dominazione non è mai stato contaminato, piuttosto ne ha subito in prima persona le vessazioni, soffrendole.

Non ritengo tutte le donne in grado di farsi promotrici di questo cambiamento, ma, potenzialmente, la stragrande maggioranza. Ci sono donne che preferiscono mantenere i loro privilegi, concessi comunque dal patriarcato, altre donne sono profondamente commiste con il potere da un punto di vista politico, economico, sociale, ma queste rappresentano comunque la stragrande minoranza del genere femminile.

“Le donne possono arrivare, come gli uomini, ad esercitare violenza, ma più frequentemente degli uomini la esercitano non contro l’altro ma in senso distruttivo, contro se stesse.” (Carla Longobardo, Per Piacere, con Amore, 1998, Prospettiva Ed.). In una logica di sopraffazione e dominazione, immagino i maschietti che saltano sulla sedia quando parlo di rovesciamento del sistema di

*Specie e generi,
quello femminile e quello maschile,
poteri e domini, sessualità e rapporti collettivi,
benessere, tatto, toccare e sentire,
molto difficile trovare il legame
tra l’assistenza infermieristica e queste parole
non svuotandole di significato,
ma anzi arricchendole, (ri)significandole.
E’ la storia di un viaggio lungo 5000 anni,
che parte dalla nascita della società patriarcale
ed arriva fino a noi; del probabile cammino
verso una liberazione dei sensi
ed un benessere possibili.*

dominio maschile e di superiorità del genere femminile. Non si tratta di dominazione del genere femminile su quello maschile, si tratta di genere femminile come genere “in

grado di guidare la liberazione di entrambi, perché più capace di pensarla... e più integro umanamente” (Sara Morace, Terzo tempo, donne patriarcato e futuro, Prospettiva Ed.).

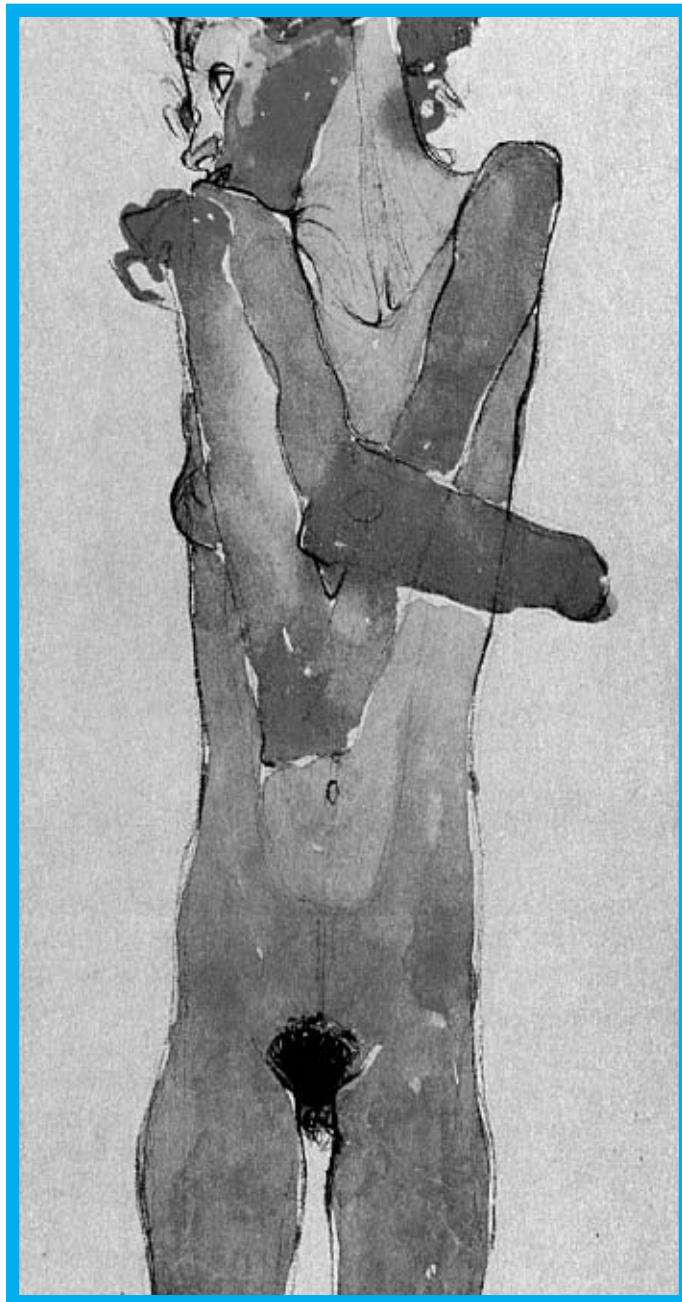
“La minore compromissione con il sistema, la infinitamente minore pratica della sopraffazione e della violenza e dell’esercizio coercitivo del potere, la maggiore frequentazione con la vita e con il corpo, la maggiore pratica della cura degli altri e la sensibilità acquisita in questo senso, la sapienza del contenere in sé la vita altrui e la consapevolezza di ciò: tutto questo e molto altro può mettere il genere femminile in condizione di guidare una nuova civilizzazione” (Carla Longobardo o.c.).

Il tatto (inteso a doppio registro come toccare e sentire), comprendendolo nel senso più ampio e complessivo possibile, è uno degli anelli di congiunzione che può permettere l’emancipazione di tutta la specie ed un’iniziale motore di possibile cambiamento per il benessere.

Considerato che la scienza infermieristica ha come obiettivo ultimo non la cura della malattia bensì il benessere collettivo dell’umanità, è tutto ciò anche questione infermieristica? Secondo me sì, assolutamente.

Il tatto è uno degli anelli di congiunzione emancipativi verso il benessere. Anche rispetto al modello del fallo scisso e quindi della sessualità di genere maschile (che non vuol dire, evidentemente, la sessualità di ciascun maschietto), la sessualità femminile e il contatto, il sentire che scaturlisce, ha una potenzialità superiore. Intendiamoci però sui termini: parlare di sessualità non significa parlare solo del rapporto ses-

Procurare benessere e assistere sono di genere femminile?



suale agito. Se per gli uomini spesso questi termini coincidono, per le donne il termine sessualità ha un significato più diffuso. Non si tratta solo di genitalità e di prestazione,

bensì di un modo diverso di rapportarsi agli altri, rispetto a ciò il tatto, il più nobile dei cinque sensi, quello che ci permette di sentire con ogni centimetro del nostro corpo, ha un ruolo centrale. Non a caso si dice “contatto visivo”, “parole che tagliano” ecc.: vari sensi che agiscono, dove uno è il comune denominatore, il terreno di coltura: il tatto, appunto.

Toccare non significa finalizzare l’atto al proprio piacere o alla propria eccitazione, tralasciando quella altrui. Toccare significa, anzitutto, comunicare, agendo la comunicazione stessa ad un livello forse superiore e indubbiamente altro rispetto alla comunicazione verbale. Descrivere a parole la morbidezza ed il calore della pelle non è mai come sentirla con il proprio corpo.

La questione va finalmente ribaltata, prima di tutto per i maschi: non è possibile toccare una persona senza sentirla, senza ascoltare ciò che la reciprocità del contatto ci comunica, prescindendo da ciò. Non è dunque tollerabile la violenza, qualsiasi essa sia.

Il contatto delle nostre mani che contengono un malato di mente in attesa di essere sbattuto su un letto con le fascette non è tollerabile, perché prescindiamo da ciò che è il sentire altrui. Per lo stesso motivo non sono tollerabili, ad esempio, le sber-

le ad un bambino caparzio o disubbidiente, o le violenze piccole e grandi sulle donne; e la lista potrebbe continuare.

Altra caratteristica molto femmini-



le è la prefigurazione del sentire. Il tatto non va solo agito: va atteso e sognato, va pensato e fantasticato, va ricordato. Non è solo il toccare ma il sognare di farlo, è il fantasticare come, è l'attenderlo. Invece è una caratteristica molto maschile il toccare senza preoccuparsi di ciò che stiamo andando a toccare e di ciò che l'altro o l'altra andrà a sentire. Parlare del tatto, e quindi del toccare e del sentire, è un tabù, non più in sè, ma in senso qualitativo: si parla molto del toccare l'altro (il toccare è, nell'assistenza infermieristica, un gesto quotidiano), il tabù sta nel come toccarlo.

Esiste anche una questione semantica non di poco conto, e questo riguarda il tatto ed il sentire nella sfera dei rapporti sessuali, ma non solo; a parte il confondere spesso il fare l'amore con il fare "sesso", mi soffermerei sulla parola fare: proviamo a pensare che alla centralità

del "fare l'amore" si possa sostituire il "sentire l'amore". Perché l'amore si dà nei cinque sensi: sentire con il tatto ma anche con l'udito, con l'olfatto, con il gusto e la vista. Voglio dire: non risulta centrale il toccare l'altro/a (agire) ma, per converso, il sentire l'altro/a, toccandolo/a (sentire). Ci risulterà dunque chiaro quanto è volgare la frase "farsi una donna (o un uomo)" e quanto è, ancora per converso, splendido iniziare a "sentire una donna (o un uomo)".

Allacciando tutto ciò all'assistenza infermieristica, pensiamo a che cosa possa significare toccare e sentire con interezza una persona che assistiamo, ricercando una sintesi non scissa tra agire e sentire, tra corpo e mente. Il toccarsi può diventare piacere, perché non ci sono più copioni né traguardi, diventa un piacere che sta in se, condiviso nella reciprocità, nel darsi. Toccare imma-

ginando ciò che l'altro può sentire, non più toccare sapendo solo cosa andiamo a fare.

Intendere il tatto in questo modo, proprio del genere femminile, nell'esercizio professionale come nella vita, significa intendere il tatto in modo complessivo e diffuso, senza un fine meccanico e produttivo. Per il sistema maschilista – patriarcale, tutto deve invece avere un fine meccanicamente inteso, altrimenti è impossibile per il sistema stesso esercitare la sua attività di controllo. Dietro una carezza, un abbraccio o un bacio ci deve essere un motivo che rientra nei codici del sistema. Toccare ed essere toccati per il piacere di sentire la pulsione genuina del dare e del ricevere sfugge alle logiche del controllo del sistema e per questo va stigmatizzato. Pensiamo a quale potenziale benessere può scaturire in una persona ammalata o sana il toccare nei termini finora pro-

posti. Pensiamo a quale potere terapeutico può avere un modo altro di intendere la sfera del tatto.

Avere una tensione verso questa (femminile) modalità di toccare e di sentire è una sfida straordinaria per la scienza infermieristica. Lo è, prima di tutto, per i maschi, "portatori genetici" della violenza del toccare e del sentire di un sistema che dura da 5000 anni. Una battaglia che proprio gli uomini, grazie soprattutto alle donne, devono combattere e possono vincere.

Prima di tutto va messa in discussione la questione del potere e la violenza.

Il potere esiste, inutile negarlo. Non può esistere, a mio avviso, nessun sistema che neghi l'esistenza del potere. Il problema è come porsi di fronte ad esso. Dobbiamo combattere perché ciascuno di noi abbia la sua parte di potere da esercitare sugli altri, o dobbiamo combattere perché il potere non diventi più fine ma mezzo per l'emancipazione ed il benessere della specie, e quindi venga invertito e distribuito? Parallelamente, il nostro toccare deve essere finalizzato necessariamente alla dominazione di qualcuno od alla produzione di qualcosa oppure promuoviamo un tatto ed un sentire diffuso, un tatto del dare e del ricevere?

Credo che vada davvero ribaltato l'orizzonte di una evoluzione del contatto che coincida con un nuovo percorso di genere (femminile e maschile), che combatta le repressioni sistemiche e che abbia come obiettivo finale la liberazione dell'energia del toccarsi e del sentirsi, in senso umano e, infermieristicamente parlando, anche in senso terapeutico. Tuttavia la coscienza che si ha su questo percorso possibile non coincide con l'urgenza di porla in essere. Questo è, in definitiva, il motivo che mi ha spinto in questa ricerca. Una maggiore coscienza delle possibilità che abbiamo, come uomini, donne, infermieri ed infermiere, possibilità di attuare un vero cambiamento che percorra la strada dell'essere persone al servizio della collettività e del suo benessere, che

ha diversi piani, sociali, storici, economici, antropologici, non solo sanitari.

L'anello del tatto è uno dei tanti che può scardinare lo status quo e proporre una nuova scienza infermieristica. Non accontentarsi di quello che abbiamo, ma sognare quello che potrebbe essere: tatto, assistenza, vita, nel senso più intero possibile. Smettiamo di cercare un modello di liberazione, ma "una liberazione dai

modelli". Liberarsi dall'attuale modo di intendere il tatto (e quindi i rapporti umani) liberando le energie inesprese.

Liberarci dai privilegi che abbiamo nell'esercitare la nostra professione, e in essa il nostro "toccare" rispetto alle persone che assistiamo significa perdere il potere che ciò sottende, ma significa soprattutto e finalmente guadagnarne in intelligenza e umanità.



Borse di studio 2004

intitolate alla
memoria di
Pierluigi Serio
infermiere

Concorso per 4 borse di studio
per lavori di ricerca infermieristica,
di cui 2 riservate a studenti
infermieri, in esecuzione alla
delibera del Consiglio Direttivo
n° 88



Collegio IPASVI di Firenze

via Pier Luigi da Palestrina 11

tel 055/359866 fax 055/355648

e-mail: segreteria@firenze.ipasvi.it

Requisiti generali e specifici

Possono partecipare al concorso gli iscritti negli albi degli Infermieri, degli Assistenti Sanitari e delle Vigilatrici d'Infanzia della provincia di Firenze, nonché gli studenti iscritti al corso di laurea infermieristica di Firenze e provincia, anche in associazione. Tali requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del bando di concorso. Gli studenti devono allegare al lavoro un certificato di iscrizione al corso di laurea.

Il lavoro di ricerca infermieristica deve essere originale, del tutto inedito e realizzato in una delle aree di pertinenza infermieristica. Inoltre, per essere giudicato idoneo, il lavoro di ricerca infermieristica deve rispondere ai requisiti del metodo scientifico. Per questo una parte del lavoro deve essere dedicata alla discussione della metodologia e delle tecniche di indagine utilizzate.

Termini per la presentazione della domanda

La domanda di partecipazione al concorso, in carta semplice, dovrà essere indirizzata al Presidente del Collegio IPASVI di Firenze, Via Pier Luigi da Palestrina 11, 50144 Firenze e dovrà essere presentata o pervenire entro le ore 19 del 9 Aprile 2004. La domanda si considera prodotta in tempo utile anche se spedita a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante. Nella domanda di partecipazione dovrà essere indicato il cognome, il nome, il luogo e la data di nascita, la residenza, il codice fiscale, la sede universitaria frequentata (per gli studenti partecipanti), dell'autore o degli autori, nonché il domicilio e il recapito telefonico presso il quale, ad ogni effetto, deve essere data ogni necessaria comunicazione relativa al concorso. Il Collegio IPASVI di Firenze non assume alcuna responsabilità nel caso di dispersione del lavoro di ricerca infermieristica dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nel lavoro presentato, né per eventuali disguidi postali non imputabili a responsabilità del Collegio stesso. Il termine stabilito per la presentazione dei lavori di ricerca infermieristica è perentorio e pertanto non saranno presi in considerazione i lavori che, per qualsiasi ragione, non esclusa la forza maggiore, vengano presentate o spediti oltre il termine stabilito. Alla domanda, sottoscritta dal o dai concorrenti dovranno essere allegati 3 copie del lavoro di ricerca infermieristica con il quale si intende concorrere.

Commissione esaminatrice

La commissione esaminatrice è composta dai membri della Commissione Ricerca Infermieristica in seno al Collegio IPASVI di Firenze, presieduta dal Presidente, e viene nominata con atto deliberativo.

La graduatoria e il premio

La graduatoria dei lavori idonei sarà formulata dalla commissione esaminatrice e approvata con apposito provvedimento, col quale, sulla base dei criteri indicati nelle schede allegate e parte integrante del presente bando, contestualmente si individuano i 4 lavori ritenuti migliori, a ciascuno dei quali si attribuisce il premio consistente in una borsa di studio di Euro 1500,00, vincolata alla partecipazione a iniziative di formazione, aggiornamento, ricerca nel campo dell'assistenza infermieristica. Il Collegio IPASVI di Firenze si riserva il diritto di valutare le possibilità di valorizzare e diffondere i lavori di ricerca vincitori. Il presente bando viene pubblicato sulla rivista «Obbiettivo Professione Infermieristica» organo ufficiale del Collegio IPASVI della provincia di Firenze e nel suo supplemento elettronico «Dispatch», affisso presso i principali presidi delle aziende sanitarie e ospedaliere, pubbliche e private della provincia di Firenze, nonché presso le sedi di corso di diploma universitario di infermiere o al corso di laurea infermieristica di Firenze e provincia. Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi agli uffici di segreteria (il lunedì e venerdì dalle ore 15.00 alle 19.00 ed il mercoledì dalle ore 9.00 alle 12.00) presso il Collegio IPASVI di Firenze, via Pier Luigi da Palestrina 11, tel 055-359866 fax 055-355648, e-mail: segreteria@firenze.ipasvi.it
Ulteriori informazioni ed aggiornamenti sul sito internet

La Segretaria
Monica Leporatti

Il Presidente
Gianfranco Cecinati

Firenze, 08 Gennaio 2004

www.firenze.ipasvi.it