«L'immagine sociale dell'infermiere»

Atti del convegno
MIB - School of Management di Trieste, 21 febbraio 2002

Presentazione

Daniela Samassa e Lorella Bucci

Il Collegio Ipasvi di Trieste ha ritenuto utile aprirsi ad altri linguaggi e discipline che aiutino a capire quali siano gli stereotipi che più frequentemente si collegano alla figura dell'infermiere e in quale misura il piccolo e grande schermo, che giocano un ruolo incisivo sull'immagine delle professioni, abbiano contribuito a dare dell'infermiere un'immagine ricca di luoghi comuni e non realistica. Il personale infermieristico, infatti, costituisce un elemento cardine del funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale ma non ha ancora raggiunto un pieno riconoscimento sociale. Gli elevati costi personali in termini di stress (non ancora adeguatamente remunerati dal settore pubblico) e la scarsa valorizzazione sociale sono i principali fattori della crisi strutturale della professione. Una crisi che si manifesta con l'endemica mancanza di personale, elevati tassi di turn-over e difficoltà di avvicinare i giovani alla professione. Tutto ciò tende a riprodurre in un circolo vizioso le ragioni dello scarso richiamo sociale della professione d'infermiere.
Come afferma anche Luciano Onder, uno dei pionieri dell'informazione televisiva sui temi della sanità: «le associazioni degli infermieri dovranno lottare molto per affermare l'immagine del nuovo infermiere all'interno della professione e nella realtà sociale».
Alla giornata di studio hanno partecipato i Direttori Generali dell'Azienda "Ospedali Riuniti" di Trieste e dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina, Marino Nicolai e Franco Zigrino. Entrambi hanno evidenziato la necessità che l'infermiere possa avvalersi di personale di supporto qualificato per *liberare* tempo infermieristico da dedicare allo sviluppo della qualità dell'assistenza, alla ricerca in ambito infermieristico e alla personalizzazione delle cure (da tre anni le due aziende triestine, avvalendosi di un gruppo di lavoro interaziendale, gestiscono assieme la formazione dell'ota/adest con ottimi risultati).
Particolarmente apprezzata è stata la dichiarazione del dottor Nicolai sulla limitatezza della Legge 251 del 2000 che prevede solo un dirigente aziendale responsabile del servizio infermieristico mentre, a suo giudizio, per migliorare la qualità dell'assistenza è necessario enfatizzare la responsabilità infermieristica attraverso una rete di dirigenti infermieristici aziendali (ad esempio uno per ogni struttura operativa, in ogni presidio ospedaliero o distretto).
La Professoressa Gabriella Sandri, Presidente del corso di Diploma Universitario per Infermiere dell'Università degli Studi di Trieste e relatrice al convegno, ha sottolineato che la crisi vocazionale non è da attribuire al passaggio all'università della formazione infermieristica ma va ricercata altrove. Ha infatti illustrato e comparato una serie di dati sull'andamento delle iscrizioni alle scuole regionali e al diploma universitario, da cui non emergono differenze sostanziali. A giudizio della professoressa Sandri la professione, pur reclamizzata parecchio, non è attraente perché tuttora poco valorizzata nelle strutture sanitarie in rapporto al notevole spessore di contenuti teorico- pratici acquisiti durante il percorso formativo e che trovano scarsa rispondenza nell'organizzazione e nei livelli retributivi.

L'iimmagine sociale dell'infermiere

Il ruolo della Federazione IPASVI

Mario Schiavon

La Federazione dei Collegi Ipasvi, in questi anni, ha concentrato le proprie energie per incidere sull'emanazione ed attuazione di norme di valorizzazione delle funzioni infermieristiche ai vari livelli organizzativi e assistenziali del servizio sanitario nazionale. I risultati notevoli ottenuti in tal senso e nell'arco di pochi anni non solo agiscono positivamente sull'immagine sociale dell'infermiere, ma testimoniano il fatto che questa immagine è già migliorata poiché il legislatore traduce in norma le istanze sociali emergenti. Esporrò dunque il percorso di tale evoluzione e le motivazioni che lo hanno indotto.

Per la professione infermieristica, l'evoluzione legislativa degli ultimi anni permette sicuramente di entrare nel terzo millennio con *un'anima e con un corpo professionale* nettamente diversi rispetto a vent'anni fa.

Oggi il legislatore ci riconosce un'elevata professionalità e notevoli responsabilità. L'infermiere si assume in prima persona la responsabilità degli atti e delle risposte ai bisogni del cittadino, della qualità dell'assistenza erogata e dell'uso delle risorse. Per l'assistenza infermieristica si apre a tutti gli effetti la stagione del pieno riconoscimento dei propri ambiti di autonomia e responsabilità

La sanità del terzo millennio mette il cittadino al centro dell'organizzazione dei servizi, da grande enfasi alla tutela della salute, propone una cultura organizzativa orizzontale, interdisciplinare, integrata e non più piramidalmente e settoriale, prevede il coinvolgimento di tutte le risorse professionali attraverso una chiara e trasparente attribuzione di responsabilità in rapporto alle competenze e capacità e in questo quadro si colloca anche la nostra professione. In ordine cronologico è il **profilo professionale dell'infermiere** del 14 settembre 1994 che inizia a parlare di responsabilità e avvia i primi veri cambiamenti qualitativi che interessano la professione legittimando il processo di nursing. Espongo di seguito i punti qualificanti.

– La responsabilità dell'assistenza generale infermieristica è dell'infermiere, quale operatore sanitario in possesso del diploma universitario abilitante e iscritto all'Albo professionale.
– L'assistenza infermieristica è un campo specifico di intervento nell'ambito dell'assistenza sanitaria genericamente intesa. L'infermiere risponde direttamente delle azioni che pone in essere per erogare tale assistenza.
– L'infermiere ha la competenza specifica che lo rende membro a pieno titolo dell'équipe multidisciplinare e protagonista dell'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica. Indipendentemente dal modello concettuale cui l'infermiere si riferisce per identificare il bisogno, gli sono riconosciute le capacità e la responsabilità diretta di definire gli obiettivi, intesi come risultati da raggiungere per ottenere la soddisfazione e\o la compensazione del bisogno autonomamente identificato.
– Una volta definiti gli obiettivi, all'infermiere è riconosciuta la capacità e la competenza per definire le priorità d'intervento, scegliere tra diverse ipotesi risolutive, individuare strumenti e risorse necessarie all'intervento, attuare le azioni necessarie e verificare i risultati.

Il decreto legittima il processo di nursing e ne attribuisce la piena responsabilità all'infermiere, precisa inoltre le inter relazioni con gli altri operatori e gli ambiti professionali di approfondimento culturale ed operativo.

Il decreto chiude il capitolo della *semi-autonomia* determinata dal mansionario e limitata alla corretta esecuzione delle tecniche. La responsabilità del processo assistenziale è da intendersi come responsabilità di natura civile, penale e disciplinare riferita ad ogni fase del processo: dal momento decisionale a quello attuativo, valutativo e di confronto.

E' compito della formazione universitaria, fare in modo che lo studente, con il conseguimento del diploma, possa assumersi responsabilità giuridiche di tipo professionale. In tal senso è preziosa l'attività dei tutor di primo e secondo livello che hanno il compito di responsabilizzare e rendere autonomo lo studente nello svolgimento delle attività.
Una seconda tappa del percorso è segnata dal **codice deontologico** che regola l'esercizio professionale. E' una guida nell'agire quotidiano e nei momenti in cui la scelta di comportamento da adottare si presenta complessa. E' uno strumento di formazione poiché va compreso e condiviso negli specifici contenuti; è uno strumento di visibilità interna ed esterna, in quanto attraverso il comportamento indicato connota la persona come appartenente alla professione; è garanzia per il cittadino che deve sapere quale comportamento attendersi da un infermiere.
Il codice dunque vuole offrire agli infermieri e alla collettività punti di riferimento adeguati di carattere culturale e operativo, allo scopo di realizzare un miglioramento qualitativo dell'assistenza infermieristica e creare le condizioni per l'integrazione culturale e professionale degli infermieri italiani con quelli degli altri paesi dell'Unione Europea. Si evince ad esempio che l'infermiere riconosce i propri limiti conoscitivi e chiede la consulenza e/o la supervisione di colleghi più esperti: il patrimonio professionale e personale di ciascuno sono così messi a disposizione di tutti (è un aspetto che enfatizza la responsabilità). L'infermiere non è un operatore sanitario che lavora da solo ma collabora con altri professionisti riconoscendo e rispettando le specifiche competenze e responsabilità.
La **Legge del 26 febbraio 1999 n. 42** sancisce infine il superamento del mansionario e, di fatto, l'equipollenza dei titoli precedentemente conseguiti. Questa legge introduce il concetto di responsabilità verso i risultati, identifica l'infermiere come un professionista sanitario a pieno titolo capace di riflessività, concettualizzazione e flessibilità, in grado di governare l'intero processo di assistenza. Essa sostanzia definitivamente il passaggio dal concetto di mansione a quello di responsabilità. L'innovazione è radicale: sposta l'infermiere da una condizione di "eteronomia", cioè di dipendenza, ad una condizione di "autonomia professionale". La professione non si qualifica più per lo svolgimento di compiti e mansioni ma per la capacità di offrire **prestazioni** in piena autonomia o autonomia limitata da particolari condizioni operative a seconda della tipologia o complessità delle prestazioni. L'infermiere è un professionista con un ambito autonomo e non derivato di attività.
S'incomincia dunque a parlare di prestazione infermieristica intesa come un sistema di decisioni tecnico-gestionali e un insieme di azioni fisiche e/o verbali e/o mentali, pianificate autonomamente per rispondere ad un bisogno specifico di aiuto espresso dall'assistito. L'infermiere passa così dalla gestione di un'assistenza semplice ad una complessa.
L'infermiere per assumere responsabilità deve avvalersi della competenza che acquisisce progressivamente attraverso conoscenze di carattere generale e specifico. Parlando di responsabilità ci si riferisce anche al rapporto che esiste fra l'indispensabilità di una competenza professionale e la sua contemporanea relatività, determinata dalla capacità di integrarsi con altre figure professionali, non essendo il problema di salute rivendicabile come campo esclusivo. L'indispensabilità è sancita ed è riconosciuta. Quella sancita è riferita alle norme giuridiche che richiamano ogni infermiere al significato istituzionale e sociale della professione. L'indispensabilità riconosciuta è derivante dall'esercizio professionale visibile e quotidiano che richiama l'infermiere ad assumersi responsabilità di fronte all'utente.
E' proprio su questo secondo punto che l'infermiere dimostra ogni giorno la capacità di qualificare la propria competenza, gestire le responsabilità e definire la propria autonomia in un momento in cui non ha più confini a limitare l'esercizio della professione e l'assistenza verso le persone.
La Legge 251 del 10 agosto 2000 rappresenta infine un momento storico rilevante per la professione, essa riconosce la possibilità di una progressione di carriera ed apre l'accesso ai più alti livelli di istruzione, unitamente alla possibilità di organizzare e gestire autonomamente l'assistenza.

Una professione intellettuale riconosciuta non ha mansionari e non ha limiti allo sviluppo della sua formazione; possiede inoltre un corpo di conoscenze proprie, una propria ricerca teorica ed affinata, un proprio corpo docente, una propria comunità professionale in relazione costante con il mondo scientifico e con i vari livelli dell'organizzazione sociale.
Il progetto formativo costruito e promosso dalla Federazione dei Collegi Ipasvi è coerente con il contesto europeo nel quale i diplomi universitari sono considerati il livello di base necessario per l'esercizio professionale. Si tratta di un evento importante che spingerà i giovani a trovare nuove motivazioni per scegliere, tra tutte le professioni, quella in cui meglio si esprime l'attitudine a prendersi cura con competenza dei bisogni assistenziali e promuovere la salute.
Il percorso di valorizzazione e responsabilizzazione della professione infermieristica, avviato con la formazione universitaria e proseguito con l'emanazione del profilo, la Legge 42 del 1999 e la Legge 251 del 2000, si può considerare pienamente concluso con il Decreto 402/01, strappato a questo Governo grazie alla pressione esercitata dalla Federazione Nazionale Ipasvi e convertito in Legge l'8 gennaio 2001, n.1.
La Legge n. 1 del 2002 sancisce di fatto l'equipollenza di tutti i diplomi ed apre la possibilità di proseguire il percorso universitario sino alla **laurea specialistica in Scienze Infermieristiche**. Gli infermieri potranno inoltre frequentare i master di secondo livello, dopo l'indispensabile selezione, ma, soprattutto, potranno accedere alla formazione complementare, obiettivo che vedrà interessati molti colleghi.
In questo ultimo decennio, sotto la spinta della Federazione dei Collegi Ipasvi, il Legislatore italiano ha dunque posto le premesse affinché l'immagine sociale dell'infermiere possa rapidamente emanciparsi da vecchi stereotipi; serve ora sostenere le norme esercitando un buon livello di responsabilità individuale e di gruppo nelle nostre azioni quotidiane.

Mario Schiavon, Presidente del Collegio Ipasvi di Gorizia, coordinatore dei Collegi Ipasvi del F.V.G., al convegno rappresentava la Presidente della Federazione Nazionale Ipasvi Annalisa Silvestro.

Miti e simboli di una professione moderna

L'immagine dell'infermiere fra stereotipi e folklore

Roberto Lionetti

Nella società moderna, la cura del malato, nei suoi diversi aspetti, è fortemente istituzionalizzata, e i vari contenuti tecnici di questa complessa attività competono ormai a figure professionali diverse: il medico, lo psicologo, l'infermiere, eccetera.
Studiando il lavoro umano nelle diverse epoche e società, antropologi e storici mostrano come il pensiero tradizionale abbia spesso conferito ai mestieri un'aura magica, ponendoli al centro di un'elaborata mitologia, di un folklore ricco d'aneddoti, credenze, riti e simboli. Accanto ad una dimensione quasi religiosa, questa mitologia dei mestieri attribuisce volentieri al lavoro anche uno spiccato valore sessuale, facendo di fabbri, mugnai, cacciatori e venditori ambulanti i protagonisti di un folklore erotico che ho cercato altrove di analizzare.
Ma le prestazioni mediche ed infermieristiche richiedono oggi un così alto livello di competenza tecnica che sembra difficile, a prima vista, poter parlare di un folklore relativo a queste professioni. La neutralità affettiva, il distacco emotivo, sono presentati spesso come un importante requisito professionale nel lavoro medico: si ritiene così che la simpatia o l'antipatia per uno paziente in nessun modo possano influire sull'operato di chi lo assiste e lo cura. La specificità funzionale dei gesti professionali e la neutralità affettiva del terapeuta sembrano rappresentare dei potenti antidoti contro i rischi di ogni pericolosa ambiguità, di ogni coinvolgimento emotivo, di ogni possibile implicazione sessuale.

Eppure, è sufficiente un rapido sguardo alle rappresentazioni sociali e all'immaginario medico per renderci conto di quanto le professioni sanitarie siano eredi oggi di quella mitologia dei mestieri che ha caratterizzato le culture tradizionali. La variegata immagine del medico e dell'infermiere presente nei mass media è in effetti un cocktail di eroismo, amore, seduzione, erotismo. Le riviste americane di nursing hanno prestato particolare attenzione alle rappresentazioni dell'infermiere nel cinema, nella letteratura, nei programmi televisivi, nella stampa, segnalando il carattere spesso mistificante, denigratorio, fortemente stereotipato di quest'immagine.

Figura tradizionalmente femminile (anche se nelle scuole infermieristiche e negli ospedali questa realtà sta lentamente cambiando), quella dell'infermiera appare, nell'immaginario collettivo veicolato anche dai mass media, come un ventaglio di tutte le varianti dell'amore, dall'eroica abnegazione materna al perverso rapporto di dominanza che elargisce, a seconda dei casi, sesso o morte, trasformazione moderna dell'antico e persistente mito della fanciulla venefica e della donna letale.

Vorrei dare qui solo alcuni esempi, per mostrare la centralità di questi temi nell'immaginario contemporaneo. Gervaso, nel suo "galateo erotico", esalta la seduzione legata al camice bianco dell'infermiera. Del resto, una rapida ricognizione su internet, utilizzando, come parole-chiave per la ricerca, *infermiera* e *immagine*, hanno fatto comparire sullo schermo del mio computer fotografie e fumetti raffiguranti giovani donne bianco(s)vestite (alcune di queste immagini sono utilizzate per pubblicizzare la vendita on line di tutto ciò che occorre per *tattoo* e *piercing*, e mi sono imbattuto in un sito specializzato in biancheria intima che offre addirittura, a 174.812 lire, il "costume sexy dell'infermiera"). E "Il Piccolo", quotidiano di Trieste, dava anni fa (16 luglio 1987) una curiosa notizia: sotto il titolo *In bikini o licenziata*, il giornale riferiva di una giovane cameriera che all'alternativa datale dal proprietario di un sexy-bar di servire in bikini o essere licenziata, aveva fatto come controproposta quella di servire ai tavoli vestita, appunto, con la divisa infermieristica.

"Blue", una rivista italiana dedicata all'immaginario erotico, ha consacrato di recente alcune pagine al nuovo libro di Trevor Brown, uscito in Giappone nel novembre dell'anno scorso (*Medical fun*, Edizioni Pan-Exotica/Treville). L'artista inglese, trasferitosi in Giappone nel 1993, è uno dei grandi nomi dell'arte erotica contemporanea, esponente di quella *medical art* che trova nella materia medica e nel contesto ospedaliero la principale fonte d'ispirazione per dare corpo alle più intriganti fantasie di tipo sado-masochista. Del resto, già nel 1990, la casa editrice Granata aveva pubblicato in Italia il volume di Saudelli *Clinica Bondage*, storia a fumetti di un ospedale molto particolare, dove un gruppo di sadiche infermiere legano e torturano liberamente le proprie pazienti. Analoga fortuna ha la figura dell'infermiera sexy e perversa conosce nella produzione dozzinale di pornofumetti per adulti.

Nursing e fantasmi sadici di natura orale si sposano anche nella signora Amworth, un'infermiera-vampiro protagonista del romanzo di K. Newman, *Anno Dracula* (Roma, Fanucci, 2001), mentre nella famosa Harmony serie bianca prevalgono i flirt fra medici e infermiere. E gli esempi si potrebbero moltiplicare all'infinito.

Le associazioni professionali che raggruppano gli infermieri americani, confrontate con analoghi problemi di immagine pubblica, hanno costituito in questi ultimi decenni gruppi di studio e commissioni di vigilanza incaricate di monitorare l'immagine che della loro professione offrono i diversi mezzi della comunicazione di massa. A queste commissioni è demandato spesso anche il compito di intervenire presso i mass media, denunciando quelle rappresentazioni e quel modo di fornire le notizie che possono ledere gravemente all'immagine pubblica dell'infermiere.

Credo che questo tipo d'iniziative sia utile e da imitare, ma sono convinto al tempo stesso che si debba andare oltre, cercando di capire la ragioni profonde, di natura psicologica e culturale, che stanno alla base di questo folklore erotico così diffuso e persistente.

Per fare questo, credo che si debba innanzitutto partire dal fatto che la sessualizzazione della cura al malato non investe solamente la pro-

fessione infermieristica, ma è comune alle professioni mediche in generale, come testimoniano barzellette, aneddoti, film, romanzi, cartoline erotiche, pubblicità televisive e altri tipi di fonte ancora. Jean-Paul Valabrega, in un'analisi antropologica del rapporto terapeutico, ha sottolineato la frequente dimensione erotica che tale rapporto assume nelle rappresentazioni folkloriche, e Gian Carlo Nivoli, dell'Università degli Studi di Sassari, ne ha analizzato di recente le ragioni psicologiche, in un capitolo di *La patologia mentale del terapeuta e la patologia mentale del paziente* intitolato - significativamente - *Il mito di Afrodite*. Che si tratti di medici, psichiatri o infermieri, la connotazione sessuale del rapporto terapeutico riemerge di continuo, nel pensiero tradizionale così come in quello inconscio. Ma questo aspetto così trasversale alle professioni sanitarie chiede a sua volta di essere spiegato. Per essere compreso, esso va innanzi tutto ricondotto a quel generale processo simbolico di sessualizzazione del lavoro che, lungi dall'interessare la sola azione del curare, sembra estendersi potenzialmente a qualsiasi attività umana, applicandosi, all'occorrenza, a ciascuno dei mestieri. Ma è indubbio che, nella situazione terapeutica, numerosi fattori rendono tale associazione più facile. Cercherò qui di seguito di analizzare alcuni di questi aspetti.

Già nel 1930, esaminando la figura del medicine-man e la sua arte di guarire, l'antropologo e psicoanalista ungherese Géza Róheim poneva l'esperienza della malattia come chiave di volta nella comprensione del rapporto terapeuta-malato: richiamandosi all'opera di Ferenczi, Róheim osservava come nella malattia organica vengano messe in azione forze libidiche e si operi uno spostamento della funzione genitale, con una conseguente genitalizzazione della parte malata. Secondo Róheim, i dati antropologici concordano con le scoperte di Ferenczi, e l'autore mostra attraverso numerosi esempi come la cura offerta dal guaritore tradizionale sia indirizzata all'aspetto libidico del processo, prima ancora che a quello organico. Questa operazione avviene attraverso un autentico dialogo dell'inconscio tra medico e paziente, ed è resa possibile dall'identità o quanto meno dalla complementarità degli atteggiamenti inconsci nei due protagonisti. Se la malattia viene vissuta inconsciamente dal paziente come castrazione e l'espulsione del male come orgasmo o parto, la manipolazione simbolica da parte del terapeuta si gioca sullo stesso piano, fornendo ai fantasmi inconsci del paziente valide risposte proprio sul piano simbolico. Così, nel lavoro del guaritore, Róheim giunge a vedere la fantasia di un coito sublimato tra paziente e medico. Non solo: poiché la malattia, vista come tensione erotica spostata e genitalizzazione di una parte non genitale del corpo, appare all'inconscio come castrazione e coito al tempo stesso, il medicine-man, scrive Róheim, recita un processo che coinvolge i due aspetti di castrazione e coito". L'essenza della terapia primitiva, egli osserva, "sembra essere una gratificazione libidica: avendo conservato la fissazione orale, l'anale e la fissazione genitale spostata, il medicine-man è in condizione di soddisfare tutte le richieste libidiche del paziente che nascono dalle stesse fonti. Poiché il guaritore interpreta in questo dramma i ruoli del padre fallico, della madre amorosa e del lattante, egli può fare tutto ciò che il paziente intensamente desidera". Nell'esperienza di malattia, conclude Róheim, "la vita nasconde la morte con la genitalizzazione, resiste all'assalto simulando il grande atto datore di vita".

Questa profonda ambivalenza nella figura del guaritore, presente in tutte le culture umane (si pensi solo ai santi guaritori della tradizione cristiana, in grado di curare le malattie che essi stessi inviano a chi non li rispetti) ci offre una prima chiave di lettura per interpretare il sadismo come tratto ricorrente nella caratterizzazione folklorica di medici e infermiere. Immagine paterna e materna al tempo stesso, figura che nutre e protegge ma che può anche dominare e castrare, la figura dell'infermiera nell'immaginario popolare, così come quella del medico, non può che condividere i tratti ora materni, ora decisamente sadici dei suoi predecessori, oscillando fra questi due estremi e dando vita di volta in volta alla tenera crocerossina che soccorre i feriti o all'infermiera che seduce, lega e frusta le sue vittime pazienti, impazienti solo di essere punite e poi consolate.

Per l'antropologo ungherese, è la capacità di dare adeguate risposte sul piano simbolico ai bisogni inconsci del paziente che sta alla base dell'arte di guarire del terapeuta tradizionale. Questo processo si fonda sulla capacità di regressione ed abreazione che porta il guaritore a dialogare con l'inconscio del paziente, rivivendo insieme a lui esperienze fondamentali.
Vent'anni dopo, Lévi-Strauss legge i poteri dei guaritori sudamericani negli stessi termini. Nei suoi studi sull'efficacia simbolica e sui poteri magici, l'antropologo francese sottolinea come la coppia stregone-malato incarni per il gruppo, in maniera viva e concreta, un antagonismo proprio di ogni pensiero: il malato è passività, mentre il guaritore è attività, e la cura mette in relazione questi due poli, omologhi per altro all'opposizione uomo/donna. Nell'analisi di una terapia tradizionale per i dolori legati a una gravidanza, Lévi-Strauss mostra fino a che punto il processo terapico consista in un viaggio simbolico del guaritore (trasformatosi miticamente in pene) nel corpo-vagina della paziente.
Se gli psicoanalisti e gli antropologi d'impostazione freudiana hanno ragione nel sostenere la genitalizzazione della parte malata ed una sessualizzazione del processo di guarigione come aspetti fondamentali dell'esperienza di malattia, allora il folklore erotico di cui abbiamo visto alcuni esempi non attinge affatto ad una fantasia puerile o morbosa, ma trova la sua profonda motivazione in un sistema simbolico che, usando della potenza metaforica dell'atto sessuale per rappresentare il processo di malattia/guarigione nei suoi diversi aspetti strutturali, collega strettamente questa sfera dell'esperienza umana alla sessualità.
Ma altre letture sono possibili, tanto più che a volte le dinamiche di cui si è detto non si mantengono sul mero piano simbolico, ma vengono agite in veri e propri passaggi all'azione che periodicamente danno luogo a incresciosi fatti di cronaca: donne violentate da medici e infermieri, pazienti sedotte dal proprio psicoterapeuta, medici e infermiere dispensatrici di morte. La stampa dà sempre grande rilievo a tali notizie, i cui protagonisti negativi sembrano incarnare quasi le figure mitiche che popolano il folklore medico.

È utile allora porre a confronto una lettura strettamente simbolica del rapporto terapeuta-paziente con gli aspetti sociologici di questo rapporto.
Nel suo lavoro, l'infermiere, così come il medico, si rapporta con altri esseri umani. A differenza di molte altre figure professionali, però, medico e infermiere sono confrontati con situazioni che riguardano spesso aspetti intimi della vita del paziente. Toccare ed esplorare il corpo di una persona, poterla osservare anche spogliata dei suoi indumenti, porre domande che concernono la sfera più intima, procurare a volte dolore fisico senza ricevere in cambio una violenta risposta di difesa, costituiscono dei "privilegi" che normalmente rimandano a campi esperienziali ben diversi, come quello della sessualità e dell'affettività. Il fatto che in un contesto medico-infermieristico questi atti siano standardizzati, controllati, dotati di un'indubbia funzione tecnica non li rende per questo meno problematici, né per il paziente né per il terapeuta. Un'infermiera americana dichiarava in un'intervista che si sarebbe sentita fortemente a disagio nel suo lavoro quotidiano con i pazienti, qualora non avesse potuto indossare l'uniforme. E un medico che visitava in casa le pazienti senza la presenza di un'infermiera preferiva uscire per alcuni minuti dalla stanza, per dar modo alla paziente di spogliarsi da sola, prima di visitarla: vederla spogliare lo avrebbe messo in imbarazzo, dichiarava. Il camice infermieristico, lo studio medico, si rivelano qui come potenti simboli rituali, utili fra l'altro a disambiguare una situazione potenzialmente fonte di turbamento.
Se Róheim e Lévi-Strauss hanno messo in luce i meccanismi di transfert e controtransfert nella terapia sciamanica, va detto che a questo tipo di processi inconsci sono altrettanto esposti i terapeuti che operano nella nostra società: questi processi hanno indubbiamente maggiore rilevanza nel contesto psicoterapico, ma anche medici e infermieri possono assumere agli occhi del paziente significati proiettivi che vanno al di là della loro persona e delle specifiche funzioni tecniche da essi svolte. Molti di questi significati inconsci riguardano, per motivi comprensibili, i ruoli parentali e la sfera sessuale, e possono diventare tanto più intensi

quanto più prolungata è la relazione terapeutica e quanto maggiore è l'ansia legata al problema di salute.
Altrettanto importanti sono però i processi proiettivi del terapeuta nei confronti del paziente. Il libro di Nivoli offre una delle più complete analisi dei meccanismi di controtransfert che possono influire sul vissuto e sul comportamento del terapeuta, interferendo anche pesantemente nella relazione terapeutica.
Così, vi sono terapeuti che avvertono un forte bisogno di essere amati e accettati. Per questo tipo di persone, la relazione terapeutica può offrire l'occasione per cercare manifestazioni di accettazione e simpatia, in un ambiente che per ovvie ragioni li protegge da rifiuti e abbandoni. Dietro al desiderio di ingraziarsi il paziente, possono nascondersi a volte anche una scarsa fiducia nelle proprie capacità professionali o sentimenti d'impotenza.
Altri terapeuti, che avvertono una profonda ansia nel manifestare atteggiamenti delicati e teneri nei confronti del malato, possono mettere in atto comportamenti reattivi virileggianti, intrusivi, autoritari.
Un'ulteriore categoria di terapeuti è quella che percepisce nel comportamento del paziente un'insistente persecuzione amorosa, e ciò più a causa delle paure e dei fantasmi di chi si prende cura del malato, che del comportamento di quest'ultimo.
Che si tratti di psicologo, medico o infermiere, vi possono essere casi, tuttavia - e non sono rari - in cui il paziente assume davvero un atteggiamento seduttore nei confronti di chi lo cura, giungendo a volte a stabilire un vero e proprio rapporto amoroso-persecutorio con il terapeuta. La ricerca infermieristica si è interrogata sulle caratteristiche di questo tipo di pazienti. Del resto, quale migliore risposta inconscia all'angosciosa esperienza della malattia, quale antidoto all'ansia più potente della sessualità stessa?

Meccanismi inconsci e fattori socio-culturali convergono dunque nell'iperconnotazione sessuale del rapporto infermiere-paziente e, come si è visto, della relazione terapeutica in generale. In questi meccanismi psico-sociologici trova la sua origine anche quel folklore erotico di cui abbiamo visto tanti esempi. Liquidare questo folklore come una semplice manifestazione puerile o come il frutto di fantasie morbose significherebbe perdere un'occasione per riflettere su aspetti del lavoro medico-infermieristico da un lato, e sul vissuto della malattia nel paziente dall'altro, che possono arricchire la nostra comprensione e la nostra consapevolezza nel lavoro quotidiano.

Roberto Lionetti, antropologo, docente di storia delle tradizioni popolari all'Università degli Studi di Trieste.

Riferimenti bibliografici

ASSEY, J.L. - HERBERT, J.M.
Who is the seductive patient? «American Journal of Nursing», vol. 83, n. 4, pp. 531-532.

DRAGO, A. 1981
Donne donne.. Costume, sorrisi, allegorie e sogni proibiti nelle cartoline postali 1880-1940. Milano, Mondadori.

GERVASO, R. 1986
Se vuoi che t'ami... Galateo erotico. Milano, Bompiani.

LEVI-STRAUSS, C. 1958
Anthropologie structurale. Paris, Plon. Trad. it.: *Antropologia strutturale*. Milano, Il Saggiatore, 1978.

MACCACARO, G.A. - MARTINELLI, A. 1977
Sociologia della medicina. Milano, Feltrinelli

NEWMAN, K. 1992
Anno Dracula. Trad. it.: *Anno Dracula*, Roma, Fanucci, 2001

NIVOLI, G.C. 2001
La patologia mentale del terapeuta e la patologia mentale del paziente: incongtri e scontri. Milano, Hippocrates Edizioni Medico-Scientifiche.

OUELLETTE, W. - JONES, B. 1977
Erotic postcards. Trad. it.: *La cartolina erotica*. Roma, Cesco Ciapanna, 1982.

ROHEIM, G. 1930
Animism, magic and the divine king. Trad. it.: *Animismo, magia e il re divino*. Roma, Astrolabio, 1975.

SAUDELLI 1990
Clinica Bondage. Bologna, Granata Press.

Lo schermo in camice bianco

Salvatore Gelsi

L'idea, ampiamente diffusa, che si possano usare i film e anche il cinema come rispecchiamento della realtà contemporanea o storica, rivela, per la verità, una fragilità di metodo. Anche perché le immagini ci rinviano ad una realtà predeterminata dal nostro sguardo o dalla ricerca stessa; immagini e racconti che non dimostrano né suggeriscono molto di più di quanto non si conosca già.
Così se l'arte parla d'arte, la letteratura parla di letteratura e il cinema parla di cinema allo stesso modo di come ogni testo rinvia soprattutto al testo e non tanto al contenuto – generato e determinato da realtà intrinseche o meno – che ha sempre a che fare con la produzione, la fruizione o gli autori, allora come prendere in considerazione quello che lo schermo ci mostra?
Se volessimo guardare al cinema per osservare contemporaneamente un'altra cosa che il cinema offre come immagine e discorso, dovremmo volgere l'attenzione non tanto alla teoria del rispecchiamento, quanto a quelle immagini interne al sistema cinema che sono poi diventate parte di una mentalità che la collettività ha fatto proprie, ha elaborato o che ha sentito come parte di una concezione della vita in cui è possibile credere, proprio perché quelle immagini risultano accettabili e sono state viste tante volte al cinema.
Esemplari, a questo proposito, possono essere i generi del cinema che rendono evidente un modo o un tipo di racconto (fissato da decine di tycoon, immagini ricorrenti, figure, stereotipi) che il pubblico ha facilmente, prima riconosciuto e poi magari assunto, mentre al contrario, dalla parte del cinema sono soltanto modelli che l'industria dello spettacolo ha adottato, talvolta per comodità propria, talvolta in funzione del pubblico stesso.
Nel nostro caso, salta all'occhio come all'interno della commedia di serie B all'italiana, che faceva incassi nelle periferie urbane dalla metà degli anni Settanta (nel frattempo cedeva quello che veniva chiamato il comune senso del pudore) il filone delle infermiere scollacciate con le sembianze di Gloria Guida, Edwige Fenech o Nadia Cassini (già studentesse, liceali, insegnanti, donne di servizio, poliziotte ecc.) in mutandine e reggicalze, spiate e riprese nude sotto la doccia centrava, evidentemente, dei luoghi comuni, primo fra tutti quello del sesso, più bramato che consumato, che trovava in quegli anni spazio nelle professioni e nei luoghi di lavoro. Ma su questo ritorneremo.

Cinema, mass-media e mentalità

Come si formano le mentalità? Non è facile rispondere. O meglio si può tentare con strade diverse: storia sociale, tradizioni popolari, etnologia e antropologia, sociologia della conoscenza ecc. Permettetemi alcuni esempi che appartengono al lontano passato e che oggi sembrano assurdi. L'idea che suggeriva il fuoco a un uomo del medioevo è certamente diversa da ciò che rappresentava in un uomo dell'Ottocento, non più inferno e peccato, colpa e giudizio di Dio; ancora, quello stesso fuoco ha un senso ben diverso, oggi, se assunto come simbolo del pericolo o come incendio, tra un americano e un cinese, tra uomini di questo secolo e del secolo scorso. Avvicinandoci al nostro ambito, almeno fino al Settecento la professione medica aveva a che fare con la filosofia, la teoria degli elementi e la fisica, sfiorava l'astronomia e l'astrologia e non si occupava di chirurgia, professione di rango decisamente basso, lontana da Ippocrate e vicina a macellai e beccai, barbieri e segaossa perché vittima dell'infamia del sangue, chi manipolava membra e corpi, umori e organi svolgeva una pratica disdicevole e disonorevole nonché riprovevole, contrariamente al valore che si attribuisce oggi al chirurgo. Se la reputazione del medico ha dovuto farsi strada a fatica e solo nel Settecento, secolo che vede anche il sorgere dell'Ospedale, non più lazzaretto e luogo di reclusione d'appestati e lebbrosi, in virtù dei lumi illuministi ma anche perché a bordo delle navi che solcavano i mari

nell'epoca d'oro del colonialismo c'era la necessità di avere a bordo un medico, un uomo tuttofare che doveva badare alle epidemie e alle malattie, ma anche prendersi cura dell'equipaggio e delle sue sbornie. Immagine ricorrente, ritornando per un attimo al cinema, nei film d'avventura o nei romanzi di Conrad, contrariamente a quanto il genere Western (la grande narrazione all'alba della società americana) ci abbia fornito ripetutamente con l'immagine del Doc semi alcolizzato e quella del cow boy che sa estrarre proiettili con un coltello e una bottiglia di whisky come anestetico.
E l'infermiere? Non esiste, prima dell'ospedale, e prima che la medicina e il medico diventino una professione borghese. Quindi siamo già nell'Ottocento, anche se nel '700 le grandi guerre che occupano e spaziano per Europa nell'intero secolo, avevano visto per la prima volta reclutare medici e inserirli all'interno degli eserciti. Semplicemente occorreva intervenire sulle ferite da armi da fuoco, su quelle da taglio c'era ben poco da fare. Qui, con ogni probabilità, fanno capolino – con un ruolo diverso – anche servi, cortigiane, prostitute, dame di compagnia che da sempre accompagnavano gli uomini in guerra, con la funzione *nuova*, quella di prendersi cura dei feriti non più abbandonati a se stessi come avveniva in precedenza. La grande capacità strategica di Napoleone non consisteva forse nell'avere eserciti snelli, leggeri e veloci senza che lo seguisse in battaglia quasi un microcosmo sociale?
Nel romanzo Madame Bovary (1957) di G. Flaubert, anche in quello tradotto sullo schermo da Claude Chabrol, la moglie del medico Charles è anche la sua infermiera, tiene il secchio durante i salassi e porge al marito bisturi e garze.
Già ci avviciniamo al Positivismo che fa del progresso la sua religione sociale, occasione per conferire i gradi d'umanità alla professione medica per i suoi risvolti sociali e dall'altro strutturare il sapere in scienza. L'ossessione dell'epoca è quella microbica, le malattie possono essere viste e combattere con i nuovi strumenti che postulati scientifici e tecnica deterministica vengono ad assumere sebbene ancora si muoia di setticemia perché i medici operano in cilindro e redingote. La guerra di secessione americana, mostrata sullo schermo ci regala in almeno due celebri sequenze, quella di Via col vento (1939) di V. Fleming, Rossella O Hara improvvisata infermiera in una distesa di feriti, bende e pietà gli toglieranno definitivamente di dosso i capricci da ragazza del Sud, e l'ufficiale nordista a cui stanno per amputare la gamba, qui gli infermieri non ci sono e dovrà arrangiarsi da solo, in Balla coi lupi (1990) di Kevin Costner.
La Grande guerra è un evento importante anche per cogliere il formarsi dell'immaginario dello spettatore sul grande schermo. Il tempo del cinema come fenomeno delle meraviglie è tramontato. Lo spettacolarizzazione avviene attraverso una relazione intrinseca ad altri media, proprio nel momento in cui il cinema cerca la strada del suo linguaggio specifico. La propaganda, il comico da vaudeville, il teatro da operetta s'intrecciano accanto ai documenti di realtà nel fornire la base di quelli che costituiranno in seguito i generi del cinema, ambito in cui il pubblico si identifica nelle forme dell'industria dello spettacolo con reciprocità speculare. La guerra era stata totale, vi avevano partecipato per la prima volta donne e bambini, ai margini del fronte, dietro le trincee attraverso gli approvvigionamenti e le furerie, gli ospedali e i luoghi di transito delle retrovie. La Croce Rossa, che aveva avuto il suo battesimo del fuoco nella Seconda guerra d'Indipendenza (1859) ha in questo momento la sua drammatica grande occasione. Reclutamenti massicci avvengono nelle giovani della media e piccola borghesia, la figura dell'infermiera si costruisce qui.

Figure in bianco e nero

In bianco e nero, il bianco del camice-divisa, angelicato dalla purezza; il nero di un'immagine che non conosce i colori, ma il grigio e il buio di una drammatizzazione interiore tendente a spettacolarizzarsi assumendo su di sé il dramma e il dolore. E il dolore può essere sullo schermo rappresentato più di ogni altro dal melodramma, il genere che edifica, appunto il dramma. Al contrario, l'annullamento passa per la commedia, la pochade che irride e devia i sentimenti su una realtà sdrammatizzata, comica.

Figura 1 - L'angelo bianco, eterno consolatore.

«*...ci faremo fare l'amore dalle infermiere*» (Generale, di F. De Gregori)

Lo scenario è quello della guerra, il topos, la pausa-ferita che permette di ricostruire il dramma esteriore, quello che si svolge in trincea o sulla prima linea del fronte, in quello interiore che si stanzia nell'ospedale o nelle retrovie.
Se il cinema ebbe un ruolo decisivo nella guerra totale, cioè nel rendere la Grande guerra, un evento bellico combattuto nelle retrovie attraverso i cinegiornali e la propaganda, ecco che la donna del soldato non poteva essere che l'infermiera. La mobilitazione dell'intera società civile, sia come sostituzione (donne e bambini, contadine e operaie al posto dei loro mariti nei campi e nelle fabbriche) sia come assistenza, coniò la figura dell'angelo consolatore. Già le giovani della media e grande borghesia avevano una loro funzione sociale nelle attività socio-assistenziali, in quelle società di beneficenza che gli permettevano di ottenere uno spazio e una visibilità-identità sessuale in un mondo professionale al maschile. Così la pratica infermieristica e assistenziale ne fu l'immediata conseguenza a conflitto scoppiato. Dal punto di vista dell'immagine avrebbe sostituito quella della ballerina o della femme fatale, non più moralmente visibili in un simile contesto visto che la Belle Époque era definitivamente tramontata.
Anche la letteratura avrebbe, pensiamo al successo di Addio alle armi di Ernest Hemingway, contribuito a rileggere il passato e a contestualizzare il passato prossimo (il romanzo semibiografico narra vicende della Prima guerra mondiale, ma di fatto ci parla della Seconda, per la memoria dei lettori) accreditando la figura dell'infermiera giovane amante del soldato, ma molto meglio, se è ufficiale, ed è ferito.
Eccole, sorridenti e disponibili, tra la sofferenza di quei soldati feriti o mutilati, lontani da mamme, mogli, sorelle o fidanzate a patire il dolore. Ruoli sintetizzati dal camice bianco e dall'accondiscendente premura. E che fa l'eroe, sospeso nel tempo, lontano dalla battaglia? Le ama, le guarda sotto il camice, le spoglia per ritrovare in un unico corpo l'intero universo femminile.
C'è una linea di film che va dal genere di Guerra, quella che parte dalla Hollywood anni Quaranta, fino agli anni Cinquanta (guerra di Corea), scendendo negli anni Settanta (il Vietnam) fino a tempi più recenti. Esemplari alcuni titoli, forse più delle stesse trame: Ali (1927) di W. A. Wellman dove sul fronte francese nel 1917 due piloti sono innamorati della stessa crocerossina (Clara Bow) che all'epoca era il simbolo del sesso, L'angelo bianco (1936) di W. Dieterle, biografia di Florence Nightingale, colei che organizza il primo servizio infermieristico dell'esercito inglese durante la guerra di Crimea (1854 -1856), Addio alle armi (1932) di F. Borzage con Gary Cooper, tenente americano innamorato dell'infermiera inglese che morirà tra le sue braccia (altre edizioni Addio alle armi (1957) di C. Vidor e Stringimi forte tra le tue braccia (1951) di M Curtiz con William Holden), Angeli della notte (1940) di G. Stevens, con due sorelle infermiere a confronto: l'una paga per gli errori dell'altra. E ancora angelicate sono: Angeli all'inferno (1943) di R. Thorpe con otto infermiere in guerra, Sorelle in armi (1943) con Claudette Colbert, Paulette Goddard, Veronica Lake infermiere in un ospedale attaccato dai giapponesi, Le bianche scogliere di Dover (1944) di C. Brown con Irene Dunne che perde il marito nella prima guerra mondiale, da infermiera volontaria vedrà morire tra le sue braccia il figlio nella seconda. La nave bianca (1941) di R. Rossellini dove l'equipaggio di una nave da

guerra colpita è salvato da una nave ospedale, tra le infermiere anche la fidanzata di uno dei marinai. Essi vivranno (1953) di R. Brooks con H. Bogart, ufficiale medico in un ospedale durante la guerra in Corea con tanto di elicottero ambulanza e infermiere che danno sigarette ai feriti. Tornando a Casa (1978) di H. Asby con Sally (Jane Fonda) infermiera che si innamora di un reduce del Vietnam paralizzato. Fino ai più recenti Il paziente inglese (1996) di A. Minghella e Pearl Harbur (2001) di M. Bay con la crocerossina Kate Backinsale combattuta tra due piloti che è post-moderno rispetto all'originale che lo ha ispirato Da qui all'eternità (1953) di F. Zinnemann, ma in fondo ci presenta ancora questa condizione melo-drammatica, dell'amore come sostituzione, un amore fragile che ci fa intuire, nonostante il frequente Happy-End, che le cose non stanno proprio così. Il combattente una volta riprese le forze, ritornerà alla sua missione eroica, così come l'eroe del western (da cui il genere guerra talvolta è mutuato) abbandonerà la ragazza del saloon, un giorno promette di ritornare, ma il presente è fatto soprattutto di lontananza e di distanza.
Anche se l'infermiera («Ma perché tenta si salvarmi la vita? – dice il paziente inglese – Ma perché sono un'infermiera», risponde la Binoche) ha una missione da compiere, non a caso ben rappresentata da Sandra Bullock, scambiata per un angelo in Amare per sempre (1996) di R. Attenborough. E che cosa ci fa Rossella O'Hara (Via col vento, 1939 di D. O'Selznick), capricciosa ragazza del sud, in mezzo a centinaia di feriti? Trova tra garze e bende il senso della vita perchè: "Domani (sia) è un altro giorno".

Figura 2 - il sesso come castrazione
A contatto con i corpi, un corpo che rischia di mutilarsi e parcellizzarsi in un'integrità che non è più tale, costringe il malato a vedere nell'infermiera un oggetto sessuale deviato. Non più sorella, madre, fidanzata o moglie, cioè la dimensione della normalità relazionale, ma su di lei scattano fantasie morbose: sotto il camice spuntano giarrettiere e calze bianche, indumenti intimi che oggettivizzano una dimensione puramente sessuale e per di più sfrenata. Facile e ingorda la fantasia sessuale del paziente mostra tutta la sua impazienza. Ovvio, la sublimazione è una perversione che rimuove e svela il pericolo della castrazione. Il ruolo e il travestimento sembrano fare il resto. Prendiamo il travestimento di Nadia Cassini in L'infermiera nella corsia dei militari (1979) di M. Laurenti, un'aspirante cantante di Broadway che deve recuperare dei quadri preziosi finiti nell'ospedale psichiatrico, e all'uopo si traveste da infermiera, scatenando la sessualità malata di tutti gli ospiti della clinica. Le scene più importanti sono ovviamente quelle dove Nadia mostra il sedere: una volta davanti a Banfi che la usa per mostrare ai pazienti che un'iniezione non fa male (con reazioni immaginabili) e un'altra in un sogno dello stesso Banfi, nel quale sia Nadia che Lino (bleah!) esibiscono le loro nudità posteriori. Si potrebbe pensare della disinibita infermiera sempre prodiga di cure ma non sufficiente comunque alla completa soddisfazione libidica. Tema chiave della commedia all'italiana, del soft e del porno che da sempre hanno evocato la figura della disinibita infermiera pronta a ogni cura-prestazione sessuale, in grado di far resuscitare

l'inerzia dell'indolenza maschile. Una promessa che cela un rischio.
Ne L'infermiera (1975) di N. Rossati, una procace infermiera svizzera (Ursula Andress) viene assoldata da un ex amante per accudire lo zio moribondo di cui tutti vogliono l'eredità. Per l'ex sottaniere infartuato questa cura dovrebbe portarlo al colpo fatale, ma sarà lei piuttosto furbetta a fare il colpo grosso sposandolo e prendendosi l'eredità in barba ai parenti. Trama quasi simile ne L'infermiera di notte (1979) di M. Laurenti, ma la giovane Gloria Guida finirà tra le braccia del giovane figlio di un Lino Banfi che l'ha assunta per assistere il solito zio malato che dovrebbe lasciare un'eredità che non esiste. Affine alla figura boccacesca dell'infermiera vanno poste anche le dottoresse: dalla Soldatessa alla visita militare (1977) di N. Cicero con Edwice Fenech alla Soldatessa alle grandi manovre (1978) di N. Cicero dove la Fenech è incaricata come medico di studiare il comportamento sessuale nelle caserme. Così si va da La dottoressa sotto il lenzuolo (1976) di G. Martucci con Karin Shubert e la capoinfermiera Orchidea de Santis, inseguite da tre studenti di medicina guidati da Alvaro Vitali, a La dottoressa del distretto militare (1976) di N. Cicero con E. Fenech, da La dottoressa ci sta col colonnello (1980) di M. Tarantini con Nadia Cassini a La dottoressa preferisce i marinai con Sabrina Siani.
Le cose non migliorano se prendiamo in considerazione altri media, la Tv ad esempio, anche se Tootsie (1982) di S. Pollack ci mostra bene i retroscena di una sit-com televisiva con Jessica Lange, bionda, bella e preda fin troppo facile dei medici di turno. D'altra parte a irridere l'angelo del soldato ci aveva già pensato MASH (1970) di R. Altman, dove la capo infermiera è un'attrazione erotica e viene ribattezzata "Bollore".
Se un po' audacemente passiamo ai fumetti troviamo tra i Manga giapponesi l'infermiera del Dottor Sawaru Ogekuri. In questo caso, si tratta di uno dei primi manga erotici ad essere arrivati in Italia. Ogni numero è diviso in brevi capitoli di circa dieci-quindici pagine l'uno, ed in ognuno di essi viene narrata una storia di grottesche aberrazioni sessuali, risolte in maniera ancor più grottesca dal Dottor Sawaru Ogekuri, in collaborazione con la sua infermiera. Lo stile del fumetto è una miscela d'umorismo ed erotismo che però non sfocia mai nella pornografia più trita, e per le scene più hard l'autore trova spesso delle soluzioni grafiche alternative. Il dottor Sawaru Ogekuri, la cui pettinatura ricorda volutamente un prepuzio, è un famoso esperto di problemi sessuali. Se per caso si trova ad avere a che fare con una paziente, fa di tutto per risolvere il caso da solo; ma se il paziente è un uomo, ecco allora che si rende necessaria la presenza della formosa infermiera Ruko Tatase. La ragazza ha un volto che è lo stereotipo del manga: capelli scuri, occhi grandi e naso all'insù, il suo corpo ha misure perfette (90 - 60 - 90), così come perfettamente ingenua è la sua espressione. Nonostante, un seno che pare voglia far esplodere il reggipetto ed una minigonna mozzafiato, Ruko Tatase ha quasi sempre un'espressione svampita che a noi occidentali può ricordare la Marylin Monroe delle migliori commedie brillanti. Inoltre, quando non veste la divisa da infermiera, indossa provocanti capi sado-maso rigorosamente neri; il tutto per la buona riuscita della terapia. Lei non è "una di quelle", ma una professionista dell'assistenza. Nonostante, talvolta le capiti di perdere la testa per qualche paziente, se il dottore ci prova con lei, Ruko si ribella in maniera secca e decisa. Comunque siamo di fronte a uno stereotipo che non ha confini geografici, e tale estensione di latitudine e longitudine è dato dall'effetto dei media. Scivolando verso il porno, dall'ormai storico Gola profonda (1972) di G. Damiano che rappresentò l'uscita dalla clandestinità del genere, fin dai suoi primi passi ecco apparire in quel niente che c'è di narrazione o di contesto, cliniche del sesso con procaci, insaziabili, vogliose infermiere per una lunghissima filmografia. È chiaramente una condizione posticcia, magari infamante ma anche quando la si immerge in una pochade, l'infermiera Silvia ha le linee e le curve di Sabrina Ferilli in A ruota libera (2001) di V. Salemme. Anche quando sono efficienti e professionali, sono pur sempre femmine, come possono resistere al fascino di Richard Gere nel Dott.T e le donne (2000) di R. Altman? Ovviamente si potrebbe continuare…

Figura 3 - l'Angelo della morte: sadica e assassina,

Sotto il camice immacolato si può nascondere o mascherare una spietata dark lady. Il possesso come immagine del potere pare essere il suo obiettivo. Un potere rappresentato come un grande delirio di onnipotenza che rivela frustrazione e rigidità, quando non uno sdoppiamento della personalità di carattere psicotico. È il caso dell'ex infermiera Annie Wilkis (Kathy Bates) in Misery non deve morire (1990) di B. Reiner. Raccolto lo scrittore Paul Sheldon, uscito di strada in una zona isolata di montagna, lo cura, lo sequestra, lo tortura. L'annienta fino a costringerlo a riscrivere il suo romanzo, dove appunto Misery, l'eroina del feuilleton del romanzo, risorge dalla morte letteraria. Ferrea, rigida, incarnazione della norma e del regolamento l'infermiera di Qualcuno volò sul nido del cuculo (1975) di M. Forman. Scontrarsi con il teppistello Jack Nicholson e ridurlo alla ragione è quanto vediamo per buona parte del film, dimostrare, fino a farsi quasi strangolare dall'esasperato Nicholson, che si gioca così la possibilità della libertà e della normalità; insomma chiunque può essere piegato alla dittatura della regola. In precedenza, Joan Crawford, capo infermiera aguzzina e affamata di potere ostacola ogni possibile novità che può introdursi nel manicomio di Donne Inquiete (1963) di K. Bartlet. Ancora Joan Crawford, infermiera diventa assassina per amore per finire poi schizofrenica in Anime in delirio (1947) di C. Bernhardt. L'infermiera Carol (Linda Fiorentino) scopre che il paralitico Paul Newman non è affatto tale e come una dark lady che si rispetti, convince l'ex ladro a compiere una spericolata rapina in Per amore…dei soldi (2000) di M. Kaniewska. Insomma, è la divisa e il ruolo che la definisce, a svelare una personalità e un'anima nera e inquietante anche perché appare privata della colpa. Un po' come nel cartoon giapponese per bambini Candy Candy dove lei è vittima per eccellenza, incosciente nella sua bontà (alcuni episodi la vedono realizzare il suo ideale di generosità nel ruolo appunto dell'infermiera) e quindi palesamente catalizzatore della più gratuita forma d'odio. Un travestimento che significa travisamento, analogamente a

Immagine tratta dal film: Misery non deve morire. L'attrice Kathy Bates nei panni dell'ex infermiera Annie Wilkis

Sylvester Stallone che, poliziotto, ne I falchi della notte (1981) di B. Malmuth per catturare il terribile killer Rutger Hauer, si traveste da vittima-infermiera, stessa divisa, per l'assassina della Spectre che insidia James Bond in Agente 007 dalla Russia con amore (1963) di T. Young. Realistico e quotidiano invece il cinismo dei sanitari ne La casa del sorriso (1991) M. Ferreri, o sindacalizzate di fronte a una realtà difficile ne Il grande cocomero (1993) di F. Archibugi.

Figura 4 - prendersi cura, assumere la mediazione terrena

Ancora angelo, ma questa volta caduto in terra e abituato a lottare con il compito di vegliare (come il custode alato) e prendersi cura di chi non lo può fare da solo: uomini, donne, bambini, anziani. Ipotenusa di un triangolo, inscindibile storicamente nel delinearsi della sua stessa professionalità, che ha come cateti l'ospedale e la figura del medico. Base, quindi, su cui ha poggiato l'esercizio della salute nella pratica della cura dell'ultimo secolo e mezzo. Geometria ad assetto variabile come anche un'indagine superficialmente sociologica può dimostrare tra il definirsi, da una parte del luogo dell'ospedale, dall'altra della professione medica. Se il primo lentamente o latentemente si va liberando dall'essere stato (ma in qual-

che caso rimane inalterata la sostanza) un'istituzione totale che ha praticato l'annullamento o la riduzione asettica dell'umanità individuale in semplice paziente inscritto in una tavoletta posta a un lato dal letto o in un referto, mentre la figura del medico si è atomizzata e specializzata in un sapere circostanziale costituito da principi intangibili come quelli fisici, chimici, energetici o discendenti dalla riproducibilità della realtà unicamente attraverso la luce di pixel o il funzionamento di frattali e algoritmi, alla base non resta che un compito di mediazione affinché i lati del triangolo non si estendano eliminando ogni possibile vertice e punto d'incontro. L'identità del ruolo infermieristico colta dal paziente ospedalizzato, con ogni probabilità, risiede qui, nell'essere la base che supporta ogni possibile discorso sulla cura.
Immagine che fatica ad essere polo d'attrazione dei media, perché lo stereotipo del messaggio mediatico se può riconoscere con facilità questa incontrovertibile realtà, la ritiene scarsamente interessante, poco rappresentabile dentro i confini del proprio mondo visivo e narrativo. Sebbene si debba – su questa linea – a un gran regista, Ingmar Bergman un film come Persona (1966). Dove si narra in ospedale del rapporto tra un'attrice diventata afasica (Liv Ulmann) e di un'infermiera fin troppa loquace (Bibi Andersson), relazione che prende corpo sui temi del doppio e dello scambio d'identità, fusione e sovrapposizione che porta all'annullamento e alla ricerca dell'inesprimibile ma che spalanca la porta a un'umanità dolente. Sul solco della tradizione, invece, film come L'angelo bianco (1931) di W. A. Wellman con Barbara Stanwiyck, infermiera in una casa privata accorgersi che un medico corrotto e un sadico autista stanno provocando la morte di due bambini per impossessarsi dell'eredità. Angeli della notte (1940) di G. Stevens con Carol Lombard e Anne Shirley storia di due sorelle infermiere, dove una paga per gli errori commessi dall'altra fino a quando saprà riscattarsi curando un'epidemia di difterite, L'Angelo del dolore (1946) con Rosalind Russel, infermiera australiana in lotta contro il corporativismo dei medici trova il modo di aiutare chi è colpito da poliomelite. E che vuole fare per uscire dalla condizione di cameriera in un fast food la simpatica Betty Love (2001)? Il suo sogno è diventare infermiera.

Immagine tratta dal film: Betty Love (Il titolo originale è Nurse Betty), la brava attrice Renée Zellweger

Sul piccolo grande monitor

Più del cinema poté la televisione. Se consideriamo che dalla fine degli anni Settanta la dimensione del pubblico televisivo rovescia quelle che erano state le storiche proporzioni tra i due pubblici. Ora l'onnipotenza delle televisioni che iniziano a trasmettere negli anni Ottanta quasi 24 ore al giorno divorando e disperdendo l'immaginario cinematografico per due ragioni: assume il film come riempitivo fondamentale del proprio palinsesto (scorrono ogni giorno sul video più di quanti film escano nelle sale ogni anno), modella il racconto cinematografico sul telefilm di 30/60 minuti, imponendo un ritmo ambientale e biologico allo spettatore (prima di cena, dopocena, prima di pranzo, dopo pranzo; al rientro a casa nel tardo pomeriggio ecc.) La casa diventa così una specie di istituzione totale (carcere, ospedale, ecc) dove la tv rimane accesa per intrattenere la noia o per condizione imposta, come legame privilegiato con l'esterno. Non si sceglie (il mito dello zapping è l'arma del topo in trappola) ma si è scelti dall'abitudine, dalla stanchezza, dal bisogno di staccare con la quotidianità. In questo magmatico riposo o stato di veglia aperto alla

condizione di sogno passano le storie edificanti dei telefilm, veri ripetitori occulti di modelli di comportamento. Occulti perché subdoli e a cui solitamente si presta scarsa attenzione rispetto a pubblicità e informazione, dove l'atteggiamento di disincanto, comunque, è in allerta. Un telefilm per diventare serie, dopo le prime puntate pilota, deve ottenere immediatamente consenso. Inevitabilmente, allora, che i telefilm agiscano per luoghi comuni, per situazioni accettate, diffondendo modelli e comportamenti già diffusi, e che ci presentino aspetti della realtà di secondo grado, proprio quella che può in particolare soddisfare in anticipo le attese dello spettatore. Curioso o no, ma qui occorrerebbe una riflessione più approfondita, che dopo il genere poliziesco-investigativo, il telefilm più realizzato dalla TV sia stato quello d'ambiente medico-ospedaliero?

Alcuni esempi illustrati nel corso della relazione		
TELEFILM		
1961	**Dottor Kildare** (USA, 132 puntate)	la serie medica più famosa già alla radio e al cinema dal 1938 arriva in Tv. Il Blair General Hospital dei buoni sentimenti di Richard Chamberlain. Buoni sentimenti dove è sempre garantito l'happy end.
1969	**Medical Center** (USA, 171 puntate)	L'anziano primario, il dottore e il giovane assistente più un poker di infermiere belle quanto capaci. Happy end garantito e camice bianco conquistatore, quello di Chad Everett.
1971	**Doctor Simon Locke** (Canada, 78 puntate	Dixon MIls in Canada, ospedale cittadino. Serie a basso costo con l'infermiera Louise Winn che è la padrona di casa dei due giovani medici protagonisti.
1972	**MASH** (USA, 251 puntate)	Dall'omonimo film di Altman è stata una delle serie più popolari: se la guerra di Corea è durata tre anni, la serie è andata in onda per 11 anni di seguito, cioè fino al 1983 e l'ultima puntata è stata la trasmissione televisiva più vista della storia americana: 77% di share, cioè 125 milioni di telespettatori. 100 nomination e 14 Emmy Awards conquistati.
1972	**Squadra emergenza** (USA, 136 puntate)	L'infermiera è la moglie del medico; medici e infermieri d'assalto con la squadra 51 dei pompieri di Los Angeles per arditi salvataggi. Seguito dai bambini dai 2 agli 11 anni.
1976	**Dottore agli antipodi** (Australia, 1396 puntate)	Dottori e infermieri dell'Alfred Memorial Hospital di Sidney.
1977	**Professione medico** (USA, 13 puntate)	Medico idealista con ambulatorio e segretaria infermiera.
1979	**Trapper John** (USA, 151 puntate)	Il dottor John, ex leggendario appartenente a MASH ora è al San Francisco Memorial. Una caterva di infermiere di ogni genere e categoria femminile.
1982	**A cuore aperto** (USA, sottotilolo italiano: S. Eligio giorno e notte, 137 puntate)	Angosce, drammi e umanità varia al St. Eligius di Boston. Temi da videoclip e musica rock: c'è Danzel Washington, appaiono Tim Robbins, Katy Bates. Ultima puntata 25 maggio 1988. In una puntata un'infermiera uccide un medico. Conflitto tra medici, oltre che professionali: uno ha l'aids, un altro ha un figlio autiostico, una dottoressa si suicida, l'amministratore dell'ospedale ha un cancro.

TELEFILM		
1983	**Trauma Center** (USA, 12 puntate)	Analoga a squadra di emergenza, in onda un decennio prima, lotta durante l'ora successiva a vari incidenti, la cosidetta "golden hour".
1983	**Houston Pronto Soccorso** (USA, 9 puntate)	Cutter comunity Hospital, ci sono tre medici, una è la dottoressa Beth. Due infermiere. Nonostante la presenza di Alec Baldwin è il flop più duro dell'anno della CBS, al minimo degli ascolti.
1985	**La clinica della foresta nera** (Germania, 67 puntate)	Feulletton medico e melodramma, dal regista Alfred Vohrer, quello di Derrik e del commissario Koster. Significativa, concreta la presenza di infermiere accanto ai medici.
1989	**Infermiere a Los Angeles** (USA, 13 puntate)	Dal regista di Charlie's angels Aaron Spelling. 5 infermiere alle prime armi, romanzo di formazione che nasconde segreti: una è la testimone di un processo di mafia sotto falsa identità, un'altra è un'ex alcolizzata, un'altra è una mangia uomini ecc. Vivono tutte sotto lo stesso tetto tra aerobica e shopping, sembrano delle Charlie's angels.
1994	**Chicago Hospital** (USA, 119 puntate)	Contemporaneo a E.R: lo anticipa di un giorno sulla CBS mentre l'altro va sulla NBC. Testa a testa sulle reti USA con 7 Emmy Awards e un Golden Globe. Elogio dell'efficienza e della realtà ospedaliera (la nuova politica dell'azienda) con taglio da reportage. L'infermiera Camille Shutt (Roxanne Hart) gira da protagonista tra i tanti medici. Passano di puntata in puntata anche Isabella Rossellini, Ted Kennedy, Lauren Bacall, Juliand Sand, Tippi Hedren.
1994	**E.R.** (USA, sottotitolato in Italia con Medici in prima linea, 154 puntate)	Creato dallo scrittore Michael Crichton, regista di coma profondo (1978). Tra i produttori anche Spielberg, consensi di pubblico da records. Lancio per George Clooney. Una puntata è di Quentin Tarantino. Carol Hathaway (Juliane Margulis) è l'infermiera caposala che con calma e professionalità risolve quasi tutto, pure la relazione con Ross - Clooney.
1998	**Un medico in famiglia** (Italia, 26 puntate)	Riuscirà il dottor Lele Martini (Giulio Scarpati) a far breccia sulla cognata Alice (Claudia Pandolfi)? Format derivato da Medico di famiglia di Telecinco finito in Rai. Una torta millefoglie dove ogni spettatore può trovare il suo strato di divertimento,.
SIT COM		
1969	**Dottori in allegria** (G.B., 26 puntate - super cult)	Ironico e demenziale alla Monty Python nell'ospedale più pazzo il St. Swithin's Teaching Hospital di Londra. 4 giovani medici appena laureati imparano da specialisti sessuomani attratti dalle avvenenti infermiere in minigonna.
1984	**PS Pronto soccorso** (USA, 22 puntate con lo stesso titolo di E.R.)	Elliot Gould otorinolaringoiatra e medico al pronto soccorso di Chicago: due lavori per una doppia vita e gli alimenti del divorzio costano.. (c 'è Clooney giovane prima di esere il dottor Ross).
SCENEGGIATI		
1964	**La cittadella** (Italia, 7 puntate)	Anton Giulio Maiano con Alberto Lupo che verrà invitato quale "dottor Manson" a simposi medici, interpellato per diagnosi e cure. Da Cronin, lo sceneggiato più replicato della Tv che migliora il testo letterario.

Alcune sequenze della videocassetta presentata

Al di là della vita (2000) M. Scorsese Nicholas Cage esegue un intervento d'urgenza presso un infartuato che "risorge" con la voce di Sinatra tra le sue mani. Vita e morte legate da un'ossessione mistica, nevrotica, spirituale.

Bellissima (1951) L. Visconti
Uscire dalla condizione proletaria confidando nel cinema, nei concorsi. Un'infermiera, Anna Magnani, vede oltre la realtà quotidiana con gli occhi della figlia, selezionata a un concorso.

Tutto su mia madre (2000) P. Almodovar
Un'infermiera e suo figlio, giovanissimo scrittore. Lei organizza psicodrammi in ospedale per convincere l'espianto degli organi. IL destino è però in agguato.

Tootsie (1982) S. Pollack. Attore di Broadway senza lavoro si traveste da donna e precipita in una sit-com ospedaliera. C'è l'infermiera tratteggiata come donna di facili costumi, alter ego dell'attrice che se la fa col produttore.

La casa del sorriso (1991) M. Ferreri. Sadismo degli infermieri che non sopportano le esigenze della terza età, si progetta di rubare la dentiera.

Il grande cocomero (1993) F. Archibugi. Reparto di psichiatria infantile, disagi e sindacalismo, umanità e difficoltà.

Qualcuno volò sul nido del cuculo (1975) M. Forman. Disadattato finito in manicomio sfida le regole dell'istituzione rappresentate da una fredda e rigida infermiera.

Il paziente inglese(1996) A. Minghella
"Ma perché si ostina a tenermi in vita?" "Perché sono un'infermiera!"

L'infermiera di notte (1979) di M. Laurenti. Con Gloria Guida e Lino Banfi. Un vecchio zio che non è quello che dice di essere piomba nella casa di un dentista, lui assume l'infermiera ma a goderne sarà il figlio.

Il Regno (1994) L. Von Trier. L'ospedale è un regno sospeso tra vita e morte, scienza e spirito, fantasmi e illusioni.

E.I - medici in prima linea (1998) sigla TV

Misery non deve morire (1990) B. Reiner
Scrittore esce di strada con l'auto in alta montagna, un'infermiera lo salva e comincia a curarlo e torturarlo. Esemplare sadismo.

Donne inquiete (1963) di Hall Barlett con Polly Berger e Joan Crawford.
Ospedale psichiatrico, la nuova terapia è la dinamica di gruppo, ostacolata dalla capo infermiera Joan Crawford che insegna perfino lo judo per autodifesa.

Giorni senza fine (1961) P. Karlson con Fredric March e Ben Gazzara
Lezioni di anatomia patologica e svenimenti d'infermiere. Arriva un nuovo patologo Ben Gazzara e mette in discussione l'operato del vecchio luminare. Nei dintorni del dottor Kildare.

Nessuno resta solo (1955) S. Kramer
IL giovane e ambizioso studente di medicina, R. Mitchum a corto di denaro (suoi compagni sono Sinatra e Marvin !) accetta di sposare un'infermiera svedese per poter proseguire gli studi. Cinismo e medicina.

Umberto D (1952) V. De Sica
La miseria fa sì che l'ospedale sia un luogo ambito per la sopravvivenza. La suora infermiera tanto può…

Il corridoio della paura (1952) di S. Fuller
Un giornalista si finge pazzo per farsi internare in manicomio. Qui trova due tipi d'infermieri: quello buono e comprensivo, quello cinico e crudele.

Anime in delirio (1947) di Kurt Bernhardt con Joan Crawford.
Ritrovata in strada e portata in ospedale in pieno delirio, dice solo David. E' un'infermiera che viene lasciata da David. Lei segue, professionalmente la gelosa moglie di un'industriale, poi ne sposerà il marito, in fondo però l'identificazione tra le donne è forte. In seguito ucciderà chi l'ha respinta.

Ali (1927) di W. A. Wellman. Due piloti rivali in amore, uno ucciderà l'altro per sbaglio. L'infermiera lascia tracce, ferite ai cuori dei soldati.

Addio alle armi (1957) C. Vidor con Rock Hudson, Jennifer Jones e Vittorio De Sica.
L'americano del servizio ambulanze fa conoscenza con l'infermiera.

Salvatore Gelsi, docente di teoria della visione e sociologia del cinema all'Università degli Studi di Ferrara.

La povertà a Trieste

Analisi di una situazione

Daniela Bais

Nel contesto nazionale, la provincia di Trieste si trova da diversi anni ai più alti livelli per il reddito disponibile procapite, per l'ammontare dei depositi bancari e per gli indicatori della qualità della vita. In questo quadro generico si devono però analizzare le tendenze del mercato del lavoro, la condizione abitativa e gli indicatori relativi all'andamento demografico.

L'apparato produttivo triestino, in particolare il settore industriale, ha subito nel corso degli ultimi vent'anni importanti ristrutturazioni e cessazioni di attività, causando l'espulsione dal lavoro di soggetti ancora lontani dall'età pensionabile, con limitate possibilità di reinserimento in altri settori. Il mercato del lavoro triestino è caratterizzato da consistenti quote di lavoro para subordinato e da una notevole presenza in alcuni settori di lavoratori provenienti dai paesi limitrofi oltre confine, che praticano il pendolarismo o sono muniti di permesso di lavoro periodicamente rinnovato.

Rispetto alla situazione abitativa, la città presenta un elevato numero di immobili destinati ad abitazioni di tipo popolare, ma molti di essi presentano situazioni di degrado, soprattutto nei rioni storici del centro cittadino.

Trieste è una città che vede un'alta presenza di anziani con una componente femminile maggioritaria, accanto a un ridotto numero di giovani. La conoscenza delle situazioni di povertà si limita a quelle dei cittadini che fanno ricorso ad aiuti esterni sia al nucleo familiare che alle reti parentali e amicali; sono perlopiù casi di povertà estrema che ricorrono ai centri di assistenza sociale comunale e alle associazioni di volontariato storicamente radicate sul territorio. L'evidenza della struttura demografica favorisce nella cittadinanza una percezione del fenomeno povertà come un problema che riguarda principalmente le persone anziane e che si può presentare, anche se con un'incidenza minore, nelle altre fasce d'età solo se accanto al fattore economico si determina la copresenza di altri fattori riconducibili a uno stato di emarginazione sociale più complessivo. Alcuni studi prodotti recentemente descrivono l'emergere di nuove forme di povertà che si collocano a fianco della povertà a carico della fascia anziana della popolazione. Le principali cause sono da attribuire alle trasformazioni dei modelli familiari tradizionali e ai cambiamenti intervenuti nei rapporti di lavoro, ma anche altri fattori economici, quali il costo degli affitti e delle utenze e i problemi di tipo sa-

nitario-sociale, come le alcoldipendenze e la malattia (solo per citare quelli più immediatamente visibili), concorrono alla costruzione del processo che porta allo stato di povertà.
In questo articolo riporto la sintesi di una ricerca più complessa che ho sviluppato durante il corso universitario di sociologia economica. L'obiettivo era quello di definire quanti-qualitativamente il fenomeno della povertà nella città di Trieste, le risorse a disposizione dell'assistenza sociale e i limiti oggettivi dell'azione svolta dall'amministrazione comunale. La raccolta delle informazioni preliminari è stata attuata mediante colloqui con i principali soggetti che amministrano o organizzano le attività assistenziali quali l'assessore alla sanità e assistenza della precedente amministrazione comunale, il direttore dell'area servizi sociali e la responsabile dei servizi primari alla persona e alla famiglia del Comune di Trieste. Gli archivi degli enti pubblici offrono dati e informazioni utili a delineare un quadro conoscitivo sul fenomeno povertà nella provincia; gli elementi critici si riscontrano soprattutto nel comune di Trieste, mentre i cinque comuni minori della provincia, sviluppati su piccoli centri o paesi posti alla periferia della città, non presentano le stesse problematiche.
Gli indicatori demografici della popolazione di Trieste e le statistiche ufficiali del Comune sono stati elaborati sulla base delle stime del rapporto pubblicato dalla Commissione di indagine sulla povertà e sull'emarginazione riferiti al Nord Italia, in modo da definire in linea teorica una stima quan-titativa delle famiglie e degli individui poveri residenti nell'ambito comunale. Il 25% della popolazione è costituito da ultra-sessantacinquenni (55.333 soggetti) e di questi ben il 64% sono donne. Va rilevato che in tutte le classi di età fino ai 39 anni il numero di soggetti maschi è sempre lievemente superiore a quello delle femmine e che i due sessi raggiungono una sostanziale parità nella classe 40 – 44 anni. Dai 45 anni in poi la popolazione femminile tende a prevalere, con un incremento progressivo man mano che si sale con l'età. Confrontando i principali indicatori demografici del comune di Trieste con gli indicatori dell'ISTAT, si può rilevare che l'indice di invecchiamento (25), risulta superiore all'indice del Nord Est italiano (19) e soprattutto all'indice medio nazionale che è pari a 17. Nel panorama nazionale Trieste si situa, assieme alla città di Siena, al primo posto della classifica delle città con la più alta percentuale di residenti anziani. Il tasso di natalità è pari a 6,6 nati ogni mille abitanti, contro quello del Nord Est pari a 8,7 e a quello nazionale pari a 9,3. Il valore rilevato a Trieste è assieme alla città di Alessandria, al penultimo posto della classifica nazionale dopo Ferrara (6,0).

Le nuove povertà

Le indagini dell'ISTAT e della Commissione di indagine sulla povertà relative all'anno 1997 fanno emergere un legame probabilistico tra tipologie familiari e rischio di povertà. Il rischio è più elevato per le famiglie numerose, per quelle dove la persona di riferimento è in cerca di occupazione, non possiede titolo di studio, è anziana. Applicando ai contingenti individuati nella classificazione delle tipologie familiari relativi al Comune di Trieste i tassi di povertà medi relativi al Nord Italia, si ottiene un

Caratterist. della famiglia	Nnuclei	%	Indice di povertà	Nuclei poveri
1 componente	22.958	21	6,5	1.492
2 componenti	20.909	19	3,5	732
3 componenti	15.784	15	3,9	616
4 componenti	8.423	8	1,9	160
5 o + componenti	1.280	1	7,1	91
1, 2 comp. età >65	33.783	32	5	1.689
Altri nuclei	4.790	4	4,3	206
TOTALE	107.927	100		4.986

Figura 1 - Famiglie povere a Trieste, 1998
Nota metodologica: si assume che l'incidenza della povertà rilevata al Nord sia applicabile al territorio triestino. Tale stima ha un margine di errore, in quanto i dati forniti dal Comune di Trieste non sono perfettamente sovrapponibili ai dati ISTAT.

numero teorico di nuclei poveri pari a 4.986 unità, corrispondenti al 4,6% delle famiglie (tab. 1).
L'incidenza della povertà è di poco superiore al valore medio riscontrato al Nord, pari a 4,3. Nella realtà triestina risulta minimo il numero di famiglie con 5 o più componenti, per le quali a livello nazionale è stato osservato un aggravamento del disagio, ma le famiglie composte da una o due persone in cui la persona di riferimento ha un'età superiore ai 65 anni rappresentano invece ben il 34% del totale. Un numero così ampio di nuclei di ultrasessantacinquenni costituisce un elevato rischio di povertà. L'incidenza risulta elevata anche nelle famiglie unipersonali che a Trieste, solo conteggiando i nuclei in cui la persona di riferimento ha meno di 65 anni, rappresentano il 21% del totale. Il numero di tali nuclei è aumentato del 25% nell'intervallo di tempo trascorso tra i dati rilevati dal censimento ISTAT del 1991 e la rilevazione del 1998 dell'anagrafe di Trieste. Passando dall'analisi dei nuclei familiari a quella dei singoli individui, il Rapporto descrive che l'incidenza della povertà tra le persone è superiore a quella tra le famiglie a causa della maggiore incidenza del fenomeno nelle famiglie numerose. A questo dato fa eccezione il Nord, dove il rapporto è inverso. Si è voluto verificare se la situazione delle persone residenti nel Comune di Trieste si allinea con tale dato, procedendo alla comparazione dei dati riportati nella tabella 2.
Analizzando i dati riportati si rileva che il numero teorico di poveri è 9.488, pari al 4,3% della popolazione. Il numero risulta superiore a quello calcolato sulla base del valore medio di incidenza di povertà nell'area del Nord che è pari a 4. Un dato che preme sottolineare è quello relativo al numero teorico di poveri di età inferiore ai 65 anni che risultano essere 5.947, pari al 63% del numero complessivo. L'analisi sugli individui propende quindi per un rischio di povertà che è situato soprattutto a carico della fascia anziana della popolazione, ma con una rilevante incidenza anche nelle fasce di età inferiori. E' questa un'evidenza che, aggiunta alle osservazioni già riportate nel corso del paragrafo, conferma che nel corso degli anni il rischio di povertà si è spostato verso le fasce di popolazione più giovani e che incide soprattutto sui nuclei unipersonali. Si tratta in questo senso di nuove povertà che sono attualmente oggetto, anche se in misura insufficiente, delle misure di assistenza economica del Comune, rivelando che le politiche locali non rispondono pienamente ai bisogni presenti sul territorio.

Classe di età	N individui	%	Indice di povertà	N individui poveri
fino a 18 anni	27.894	13	2,6	725
19 - 34 anni	43.269	19	3,8	1.644
35 - 65 anni	91.755	43	3,9	3.578
oltre 65 anni	55.333	25	6,4	3.541
TOTALE	218.251	100		9.488

Tabella 2: Individui poveri a Trieste, 1998

Le prestazioni di assistenza economica

L'assistenza economica del Comune ha interessato nel 1999 1.970 nuclei familiari; si tratta di un numero superiore a quello assistito nel 1997 che ha riguardato 1.650 famiglie. L'aumento del numero non ha comportato sostanziali incrementi della spesa che in entrambi gli anni considerati si è attestata sulla cifra di circa tre miliardi (il 2% della spesa totale comunale). Gli interventi distinti secondo la tipologia, il numero dei nuclei familiari beneficiari e la spesa relativa alle singole voci, sono evidenziati nella tabella 3 alla pagina seguente.
Si può osservare la grande rilevanza dei contributi straordinari, utilizzati prevalentemente per il pagamento delle bollette delle utenze o per sanare situazioni di morosità nel pagamento dell'affitto. I sussidi periodici coprono circa un terzo della spesa globale e consistono essenzialmente in buoni viveri. Le misure hanno interessato 1970 nuclei di cui 1.704 riferiti a persone di età inferiore ai 65 anni e 266 riferiti a persone di età superiore. Se confrontiamo questo dato con il numero di famiglie teoricamente povere, che ricordiamo era pari a 4.986, si può ipotizzare che la copertura del fabbisogno

di assistenza economica corrisponda al 39%. Disaggregando poi i dati relativi alla tipologia dei nuclei assistiti si rileva che le misure economiche soddisfano le esigenze del 51% dei nuclei poveri con persona di riferimento di età inferiore ai 65 anni, mentre la percentuale relativa ai nuclei degli ultrasessantacinquenni è del 16%. Lo scarto sugli anziani è dovuto probabilmente al fatto che i titolari di pensioni minime INPS non possiedono i requisiti per l'accesso alle misure economiche del reddito minimo vitale; un altro motivo è che il numero di richiedenti è inferiore. Gli anziani tra l'altro manifestano spesso altre forme di bisogno come ad esempio l'assistenza domiciliare, che vengono affrontate con misure diverse da quelle economiche. Se le stime sono attendibili, risulta che solamente la metà delle famiglie povere si rivolge all'assistenza sociale, mentre le altre ricorrono probabilmente ad altri tipi di sostegno quali le reti parentali e amicali e il volontariato oppure, per diversi motivi, vivono in grave stato di disagio e rappresentano la parte sommersa della povertà.

Le politiche contro la povertà

Le politiche assistenziali attuate dal Comune di Trieste risentono nella loro impostazione della tradizione politica e culturale presente nella città. L'analisi del fenomeno della povertà, inteso come risultato di un processo multifattoriale, ha iniziato i suoi primi percorsi in anni recentissimi e ciò è dovuto al fatto che Trieste è sempre stata una città "vivibile", con un tasso di delinquenza basso e non ha subito grosse emergenze sociali legate ad esempio a fenomeni immigratori di vasta portata, come è avvenuto invece in altre città del Nord e del Paese nel suo complesso. Il mercato del lavoro non è mai stato particolarmente dinamico e i grossi settori occupazionali si basavano fino a pochi anni fa sul settore pubblico e sulle grandi imprese a partecipazione statale e multinazionali (es.: Fincantieri, Italsider, Total). Negli anni'80 sono intervenute delle profonde modificazioni in tale assetto: le imprese multinazionali, a seguito di scelte politiche nazionali, hanno abbandonato il territorio e contemporaneamente le imprese a partecipazione statale sono state oggetto di importanti ristrutturazioni e privatizzazioni che hanno ridotto drasticamente il numero di occupati. L'artigianato e la piccola impresa, pur se esistenti in diversi settori, non sono confrontabili, né per dimensione né per qualità alla rete di piccole imprese che caratterizza la Terza Italia. Inoltre va ricordato che tali attività si sviluppano soprattutto come indotto della grande impresa.

Il settore terziario è stato tradizionalmente rappresentato da attività legate alla presenza del porto, al funzionamento dell'Università e dei centri di ricerca, dagli istituti assicurativi e bancari e da una miriade di imprese commerciali e finanziarie rivolte alla clientela proveniente dai Paesi dell'Est Europa, in particolare dell'ex Jugoslavia e dell'Ungheria. A seguito delle modificazioni politiche intervenute nei Paesi confinanti, ai processi di modernizzazione che sono ora in corso in Slovenia e in Croazia e alla concorrenza degli insediamenti commerciali di grossa distribuzione nelle altre province della regione, la maggior parte delle imprese commerciali, che avevano conosciuto un'epoca d'oro negli anni passati grazie ai clienti d'oltre confine, hanno cessato l'attività, liberando forze di lavoro difficilmente ricollocabili in settori

Tipologia delle prestazioni	N. nuclei assistiti	Spesa relativa
Sussidi straordinari	771	920.000.000
Sussidi periodici	442	1.290.227.000
Pannolini e latte in polvere	79+57	84.000.000
Stranieri	182	240.668.000
Buoni viveri	372	185.796.000
Locande	31	122.206.000
Illegittimi	36	111.000.000
TOTALE	1.970	2.843.008.000

Tabella 3: Interventi distinti secondo la tipologia, il numero dei nuclei familiari beneficiari e la spesa relativa alle singole voci

diversi. Trieste non è mai stata inoltre meta privilegiata per il turismo di massa e non offre molti servizi in quel settore.
Il settore pubblico si configura ormai da tempo come un mercato stagnante poiché nella maggior parte degli enti le assunzioni avvengono con il contagocce e riguardano perlopiù personale ad elevata qualificazione professionale. Se si sommano questi problemi a quelli derivanti dall'assetto demografico della popolazione, appare chiaro che la connotazione della città, posto che è improbabile che si assista a un aumento del tasso di natalità, che deriva anche da scelte culturali, se non interverranno sostanziali modifiche nelle politiche dello sviluppo, è destinata a subire un deterioramento generale che colpirà per primi i soggetti che si trovano sul confine delle soglie di rischio.
La lentezza delle politiche e dell'evoluzione culturale della città è un dato che risente degli effetti dei lunghi periodi di relativa stabilità economica e sociale degli anni passati, ma va riconosciuto che nel corso degli ultimi anni le amministrazioni pubbliche hanno iniziato a produrre idee e a promuovere investimenti per arginare i problemi futuri e per sviluppare le moltissime risorse di cui la città dispone, prime fra tutte quelle culturali e commerciali.
Le stesse amministrazioni sono al contempo impegnate nella riorganizzazione interna e nello sviluppo di servizi flessibili più adatti alle evoluzioni rapide delle situazioni sociali cittadine. Il perseguimento di questi obiettivi ha però un carattere strettamente economicistico e tende a perdere di vista i nuovi problemi politici e sociali che accompagnano tutti i processi legati alle riorganizzazioni. Volendo rendere una descrizione estremamente semplificata, si potrebbe affermare che l'impegno profuso nella risoluzione dei problemi economici ha assorbito e trasformato le risorse disponibili, diminuendo la soglia di allarme rispetto all'emergere di nuovi problemi collegati a una maggiore diffusione del disagio sociale. L'erogazione dei servizi è aumentata in quantità, ma occorre approfondire se la loro esternalizzazione ha prodotto un innalzamento di alcuni livelli di qualità e se l'economicità delle prestazioni è stata realmente conseguita.
Nella società attuale, e Trieste non fa eccezione, si evidenziano i cambiamenti dei riferimenti della definizione di povertà poiché vengono presi in considerazione quei bisogni che si trovano su un gradino più alto nella scala di distribuzione quali l'istruzione, il lavoro e il decoro dell'abitazione. Alcuni casi di esclusione sociale possono derivare da cause legate alla mancanza di beni e servizi basilari, ma molti altri derivano dalla discriminazione, anche indiretta, nell'accesso agli stessi beni e servizi. La definizione delle politiche a livello locale, a prescindere dai necessari interventi legislativi a livello centrale, deve quindi fondarsi su una base più forte di conoscenza dei fenomeni e programmare gli interventi ricorrendo a un approccio preventivo dei nuovi bisogni che si manifestano, per evitare di rincorrere i problemi quando le cause non sono più aggredibili.

Daniela Bais, assistente sanitaria u.o. prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, Dipartimento di prevenzione, A.S.S. n. 1 Triestina.

Riferimenti bibliografici

Comune di Trieste
Guida ai servizi della città, Il Piccolo, Trieste.

Mingione, Enzo
1998 Sociologia della vita economica, Carocci, Roma.
1999 Le sfide dell'esclusione: metodi, luoghi, soggetti, il Mulino, Bologna.

Negri, Nicola e Saraceno, Chiara
Le politiche contro la povertà in Italia, il Mulino, Bologna.

Paci, Massimo
1992 Il mutamento della struttura sociale in Italia, il Mulino, Bologna

SPI-CGIL, INCA
2000 Guida alla sicurezza sociale, Libereta, Roma.

Buon giorno, lei è un turista?

Pietro Valenta

«Buongiorno, lei è un turista?»
«*No, io qui ci lavoro.*»
«E da quanto tempo?»
«*Circa due mesi*»
«Allora è ancora un turista!»

A dire il vero di primo acchito mi sentii quasi irritato da quest'affermazione fatta da quell'anziana signora, poi pero, riflettendoci, ho fatto mia la sua *tesi*. Tre mesi sono pochi per capire una realtà così distante dalla nostra, nei valori, nelle abitudini e nel vivere quotidiano. Le mie quindi non possono che essere semplici impressioni, le sensazioni di un infermiere triestino che si trova ad operare in una realtà difficile da capire forse anche per chi ci vive.
Un elemento importante, che sicuramente ha mediato molto il mio rapporto con la popolazione locale, è stato quello di indossare una divisa militare da combattimento di forze armate straniere, seppure contraddistinte dallo stemma dell'ONU. Ma pur sempre un'uniforme tra me e una popolazione stremata da anni di conflitto. Questi sono dunque appunti di viaggio, nulla di più.

Dicembre 2001

La strada che porta da Asmara a Digsa è lunga circa settanta chilometri ma andrebbe misurata in anni. Già, perché nel percorrerla sembra di tornare indietro nel tempo, in una realtà che io ho vissuto solo nei racconti di mio padre. Digsa è la meta del nostro viaggio. Li troveremo un ospedale in cui lavora anche personale italiano. Troveremo una sala operatoria che, per la mancanza di personale, non si utilizza, il chirurgo ed io l'abbiamo saputo *via passaparola*. Considerata la nostra disponibilità hanno organizzato subito una seduta operatoria. Non sappiamo però il tipo d'interventi che dovremo eseguire ed in quale contesto. Quando partiamo è l'alba. Abbiamo chiesto di poter usare un mezzo civile e di andare senza divisa, ma questa possibilità c'è stata negata per ragioni di sicurezza. Appena usciti dalla capitale il panorama muta improvvisamente: nessuna fabbrica o qualcosa che possa sembrare ad un'industria s'intravede per l'intero tragitto. Resta invece costante la quantità di gente e soprattutto bambini. In ogni luogo in cui vi sia la parvenza di un agglomerato vi sono tantissime persone. Cerco di capire cosa stiano facendo, in cosa siano impegnati e molte volte non riesco a trovare una risposta. Credo che molti, specie gli anziani, passino la giornata senza scopo, ai bordi della strada. I bambini invece sembrano tutti indaffarati. Fa specie vederli camminare con la divisa, un maglione, che li identifica come scolari. Spesso, anzi sempre, il maglione e sgualcito e in pessime condizioni, ma lo portano comunque con orgoglio. A volte sotto il braccio hanno alcuni quaderni o un libro. Cerco di capire dove vanno. Ma dov'è la scuola? Da quando siamo partiti non abbiamo incontrato un mezzo di trasporto pubblico. La sola ipotesi e che stiano per affrontare qualche ora di cammino come ogni giorno. Molte volte il nostro viaggio è interrotto dalla presenza di bestiame sulla strada. Quasi sempre sono i bambini a portare al pascolo gli animali, avranno 7,8 anni. Le case che incontriamo si fa fatica a definirle tali. Alcuni commenti rompono il nostro silenzio. Il sentimento che ci accomuna è quello della pietà. Mancano bus, non ci sono centri commerciali, i vestiti della gente sono rovinati dal tempo, non c'è nulla di ciò che noi riteniamo indispensabile, il tabaccaio, l'edicola, il bar.
Ma che senso ha usare i nostri parametri? Che senso ha giudicare?
La gente è magra, al limite del sopportabile, ma ogni bambino è pronto a sorridere e giocare. I bambini sembrano felici, corrono nelle strade senza madri impaurite che li fermano o li sgridano. Tante delle loro madri saranno morte per patologie che da noi curi senza problemi.
Per un attimo mi chiedo quanta gente vedrei sorridere in Corso Italia nella mia città? Come potrei spiegare a questa gente in modo logico le nostre facce arrabbiate e lo stress del vivere nel paese dei balocchi? Dopo queste riflessioni e abbandonando i sentimenti di pietà sento di aver fatto un passo avanti. Arriviamo a Digsa. Cerco con gli occhi la città e vedo solo baracche sparse e nulla che possa sembrare un ospedale. Chiediamo informazioni e c'indirizzano in una stradina

che si arrampica su un colle. Quando arriviamo sul posto lo identifichiamo per la quantità incredibile di gente assiepata al suo esterno.
Entriamo tra gli sguardi della gente che si chiede le ragioni della presenza di militari stranieri in quel luogo. I più anziani non ci notano, o forse fanno finta di nulla. Molte donne si coprono il volto. I bambini invece ci guardano stupiti, alcuni ci corrono incontro e vinta la diffidenza ci toccano le mani. Il loro sorriso è stupendo.
Entriamo nella struttura e la prima cosa che mi colpisce è l'odore. Cerco di celare la nausea che mi coglie, ma non credo di riuscire a trattenere la smorfia di disgusto. Vengono a riceverci una dottoressa toscana e un'infermiera. Ci ringraziano per essere lì, ci mostrano la struttura e ci spiegano gli interventi. Tra noi s'instaura subito un rapporto di forte solidarietà. Guardo attorno: gente seduta a terra, bambini, vecchi e donne. Come fanno a vivere cosi? Poi la mia attenzione è attirata dalla collega, è con il carrello della terapia in corridoio e legge il quaderno delle consegne. Mi affianco e le faccio alcune domande. Ciò che voglio capire è perché e li. Voglia di scappare dall'Italia? Denaro? Forse una di queste risposte mi rassicurerebbe. Invece nulla di questo. In Italia sta bene. Denaro? Il suo stipendio è di 600 Euro al mese. Deve restare per due anni. Mi rendo conto che le ragioni sono altre. Rimango colpito e mi sento orgoglioso di essere un suo collega. Oltre a lei vi è un'altra ragazza infermiera. Chiedo come passano il tempo e mi rendo conto che la loro vita per quel periodo è racchiusa in quell'ospedale, quei pazienti, quegli odori. Anche i medici svolgono la loro attività in condizioni estreme, ma lo fanno facendolo sembrare normale.
Purtroppo sono una minoranza rispetto agli occidentali che speculano sulle miserie di quei popoli ma difficilmente i telegiornali e i giornali parleranno di loro.
Cominciamo gli interventi: si lavora con pochi strumenti, senza troppi macchinari. Chiedo se gli operandi fanno degli esami pre-operatori, ma subito mi rendo conto dell'insensatezza della mia domanda. Per fare una radiografia al torace dovrebbero fare ore di viaggio e spendere lo stipendio di un paio di mesi. In sala tra noi sanitari c'è un clima che farò fatica a dimenticare, quello che nei nostri ospedali non ho mai trovato: amicizia, solidarietà e collaborazione. E' la prima volta che strumento ma nessuno mi fa pesare i miei errori o le mie domande.
Alla fine della giornata ci preparano alcuni panini per il rientro, perché non vi è stata la possibilità di pranzare. I colleghi del luogo nel salutarci non smettono di ringraziarci mentre mi rendo conto che dovremmo essere noi a ringraziare loro. Si rientra con le ombre della sera, il finestrino ci rimanda le immagini dei bimbi che corrono, dei vecchi seduti, degli animali magri che stancamente percorrono il ciglio della strada. Sullo sfondo una struttura che mi spiegano essere la porta del cimitero militare italiano. Mi chiedo quanti ragazzi siano morti in quella terra e se qualcuno ricorda i loro nomi. Mando loro un saluto. E guardo avanti.

Essere infermieri

Non lo so come si faccia ad essere bravi infermieri in un luogo simile. Certo è che bisogna lasciare molte delle nostre "certezze". Le giornate sono scandite dai ritmi della natura e non dell'orologio. Quindi un antibiotico non si prende 8-20 ma dopo svegliati e prima di dormire; un FANS non si assume a "stomaco pieno", ma dopo aver mangiato qualcosa. Visitare una donna a volte vuol dire superare molte barriere religiose perciò spesso un addome va esaminato senza scoprirlo.
Ti rendi conto che spesso i sanitari occidentali sono visti come stregoni, detentori della piena conoscenza. Ricordo l'episodio di una madre che ci chiese una compressa per far ricrescere l'arto a suo figlio. C'è in molti un senso di reverenza che imbarazza e mette a disagio specie quando viene da anziani. Altre cose invece non le ho ne capite ne accettate: abbiamo dato una bottiglia d'acqua a delle anziane che da ore erano chine ai lati della pista dell'aeroporto a sradicare l'erba a mani nude e un militare eritreo è sceso dalla torre di guardia con il mitra, ha strappato la bottiglia dalle mani di una donna ed ha versato l'acqua al suolo guardandoci con aria di sfida. Avrà avuto forse vent'anni. No, questo non l'ho capito. Come non ho capito quelli che, sotto la bandiera di vari ministeri stranieri, stando rintanati in belle case, tra servitù e Land Rover con autista, ci hanno aiutato poco o nulla.

Pietro Valenta, infermiere, Dipartimento di Salute Mentale, A.S.S. n.1 Triestina.

Immigrazione e salute nell'ASS n.1 Triestina

Sergio Ujcich

Gli sconvolgimenti socio politici che hanno recentemente portato al movimento di masse di profughi dai paesi dell'Est e del Sud del mondo verso l'Europa hanno imposto la necessità di trovare risposte coerenti ed organizzate alle problematiche suscitate dall'accoglienza di persone dalle più diverse condizioni e culture. In Italia tale risposta è stata data con una legge specifica. Il progetto che sostiene la Legge 40 del 1998*, Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*, prefigura un modello d'integrazione ragionevole che si compone di quattro tasselli ed una strategia:

1) *Interazione basata sulla sicurezza*. Un'interazione positiva si costruisce nel comune rispetto delle regole, nella convinzione che l'altro non rappresenti per noi un pericolo.
2) *Integrità piena garantita agi stranieri regolarmente presenti.* Questo tassello mira innanzi tutto a rendere lo status di regolare praticabile; la possibilità di entrare regolarmente deve essere aperta attraverso un'equilibrata politica dei flussi
3) *Integrità essenziale garantita anche agli stranieri irregolarmente presenti attraverso il rispetto dei diritti umani.* Un altro tassello della legge mira a tutelare il rispetto minimo dell'integrità della persona ad una quota destinata a diventare sempre più ridotta di immigrati irregolarmente presenti garantendo loro alcuni diritti basilari e umani, si ammettono a godere di tutte le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali ancorché continuative. Quindi non solo le cure urgenti e la gravidanza, non solo tutte le cure per i minori come previsto dalla Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia del 1989, ma anche le cure preventive e quelle essenziali per la tutela della salute. Si conferma non solo il diritto, ma anzi l'obbligo scolastico di tutti i bambini presenti (a qualunque titolo) sul territorio italiano. La legge, per garantire le vittime del traffico, introduce il permesso di soggiorno per motivi di protezione sociale.
4) *Interazione basata sul pluralismo e la comunicazione.* Rispettare le diversità culturali, anche destinando fondi all'insegnamento della lingua d'origine, evitando le chiusure comunitarie, costruendo spazi e canali di comunicazione condivisi, sostenendo in particolare l'apprendimento della lingua italiana. A questo tassello si sarebbe dovuta accompagnare la legge sulle libertà religiose e il tentativo di aprire nuove intese. [1]

Nel campo sanitario le basi dell'attività sono quelle delineate dal Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000 nell'obiettivo IV, "rafforzare la tutela dei soggetti deboli", per la tutela degli stranieri immigrati.

Sino ad oggi, nonostante l'impegno profuso da numerosi operatori, gli interventi a favore degli stranieri immigrati si sono rivelati troppo spesso insufficienti e scarsamente coordinati. Per uno straniero l'accesso alle strutture sanitarie pubbliche, sebbene garantito dalla legge, risulta spesso ostacolato dalla difficoltà di comunicazione legata alla lingua. Un altro muro é rappresentato dalle differenze culturali e di tradizione che possono influire negativamente sulla qualità della prestazione sanitaria e sulla continuità della cura. La convergenza e coerenza di disposizioni sanitarie contenute nel testo unico sull'immigrazione e nel suo Regolamento di attuazione da una parte, Piano sanitario nazionale e Progetto Obiettivo sulla salute degli immigrati dall'altra configurano di fatto un'occasione mai verificatasi precedentemente in Italia, e quindi un'opportunità di politica sanitaria da non perdere.

La possibilità di analizzare e monitorare il bisogno di salute degli immigrati, così come di valutare le sue relazioni con la domanda di salute e l'offerta di servizi e prestazioni, appare il percorso irrinunciabile di un corretto approccio di sanità pubblica.

Nell'ambito territoriale dell'Azienda per i Ser-

vizi Sanitari n.1 Triestina, dove in meno di due anni si è duplicato il numero degli stranieri residenti (da 4180 a 9985), si è cercato di attuare organicamente gli obiettivi, pienamente condivisi, della normativa nazionale.
Come direzione Sanitaria, abbiamo innanzi tutto raccolto attorno ad un tavolo gli attori, che erano attivi da tempo, per fornire risposte ai bisogni dei cittadini immigrati: il volontariato sociale, con Caritas ed il Consorzio Italiano di Solidarietà; un'impiegata del Sistema Informativo aziendale; il Dipartimento di prevenzione, che esegue le prime visite; la Responsabile dei consultori familiari; rappresentanti dei quattro distretti; i responsabili dei pronto soccorso ospedalieri; i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta che già erano volontariamente attivi nei confronti degli immigrati; rappresentanti dell'Istituto per l'infanzia IRCCS "Burlo Garofolo"; i funzionari degli uffici della Prefettura che lavoravano in questo campo; gli altri operatori che, venuti a conoscenza dell'iniziativa, si proponevano volontariamente per "dare una mano".
Per i primi mesi del 1999 il gruppo ha lavorato con cadenza bimensile, in seguito mensile ed infine in relazione alle necessità emergenti, coinvolgendo di volta in volta le figure professionali interessate alla soluzione dei bisogni presi in esame. Gli aspetti innovativi maggiormente positivi sono stati:

- il reciproco riconoscimento dei ruoli e la formazione di una rete continua di collaborazione;
- la diffusione dell'informazione delle risorse già impegnate e la produzione di nuove risorse per aggregazione volontaria e spontanea;
- la produzione concordata di un manuale guida ai diritti sanitari degli stranieri ad uso degli operatori, per una risposta univoca e certa alla grande varietà di casi che si presentano;
- la costituzione di un ambulatorio dedicato con la presenza di un mediatore culturale;
- la costituzione di un "centro di ascolto" in un servizio di salute mentale;
- il basso costo di gestione del sistema misto, pubblico-volontariato;
- un modo di lavorare assieme che va oltre i limiti delle proprie mansioni istituzionali.

Criticità e proposte:

- non sono ancora emerse leggi e linee guida regionali e provinciali sull'argomento;
- deve essere implementato il livello d'integrazione fra sociale e sanitario, soprattutto con i Comuni;
- devono essere ancora organizzati momenti di formazione specifica per il personale che lavora con gli immigrati, possibilmente a livello interaziendale o interistituzionale;
- è scarsa l'attenzione e l'interesse a conoscere le basi culturali degli "altri" (forse in base al preconcetto del primato assoluto della propria cultura locale).

La situazione dell'anagrafe sanitaria

Al 31 agosto del 2000 gli stranieri assistibili iscritti nella A.S.S. n.1 "Triestina" risultavano più che duplicati, rispetto alla fine del 1998 : da 4.180 a 9.985. Più in dettaglio per i paesi con i quali vigono convenzioni per l'erogazione di prestazioni sanitarie (CEE, accordo bilaterale ex Jugoslavia) le presenze, sempre per il 2000, risultavano essere equivalenti a 7.174 persone; le extraconvenzioni invece includevano 2.811 persone provenienti da paesi diversi da quelli CEE oppure da quei paesi dell'ex Jugoslavia con cui esiste una convenzione (Croazia Slovenia Macedonia e Jugoslavia). In particolare le persone di nazionalità yugoslava erano passate da 1.828 a 3608, croata da 610 a 1.134, slovena da 289 a 574, albanese da 288 a 523, cinese da 83 a 353 (più che quadruplicata).
A novembre del 2001 il numero degli assistibili iscritti risulta aumentato di 3.568 unità, principalmente di sesso maschile (m.+ 2.455 – f. + 1.213) ; numerosi gli iscritti superiori a 65 anni (+ 1.591). La provenienza dei nuovi iscritti è principalmente dall'Europa dell'est (+ 2.345), seguono quelli dell'Europa comunitaria (+ 943) e dell'Asia continentale (+247).

L'ambulatorio per immigrati di via Nordio

L'aumento di afflusso di stranieri immigrati nella provincia di Trieste ha reso necessario il coordinamento degli interventi di salute a favore di questa popolazione particolarmente vulnerabile. Si è quindi stabilito di aprire un ambulatorio "di rete" ove prestare le prime cure che non richiedono un ricovero in ospedale. Si

è pensato a una struttura che possa essere facilmente fruibile e più adeguata alle esigenze sanitarie rappresentate, nel massimo rispetto delle differenze culturali e religiose, considerando il fatto che queste rappresentano spesso una "diversità" complessa. Per quanto sopra detto, per le persone extracomunitarie recentemente immigrate che hanno bisogno di cure mediche e non sanno a chi chiedere aiuto, è stato attivato, nell'estate del 1999, un ambulatorio medico nel Distretto n.2, in via Nordio n. 15, al piano terra, nelle giornate di lunedì, mercoledì e venerdì dalle 14 alle 15.
Al progetto partecipano quattordici medici di medicina generale, due mediatori culturali, un infermiere dell'Azienda sanitaria, un gruppo di psicologi .E' presente un medico di medicina generale a turno, un infermiere del secondo Distretto, un mediatore culturale. L'accesso all'ambulatorio é consentito a tutti gli stranieri, sia iscritti al sistema sanitario nazionale che non iscritti o irregolarmente presenti. E' rispettato l'anonimato e, come previsto dalla legge, non vi è segnalazione all'autorità, salvo il caso in cui sia obbligatorio un referto.
I dati personali dei pazienti sono raccolti su registri per l'analisi dell'andamento dell'erogazione delle prestazioni e indagini epidemiologiche.
Per permettere realmente l'accesso alla struttura, è stata divulgata un'informazione capillare sul territorio da parte degli stessi partecipanti al progetto. Gli strumenti sono stati:
– informazione interna Aziendale tramite il giornale Esseti;
– informazione tramite i mass media;
– pieghevoli multilingua distribuiti in tutte le strutture di accoglienza pubbliche e private.

Alcuni dati

Le visite nel 1999 furono 252, nel 2000 ben 730 e al 30 settembre 2001 già 715.
L'afflusso all'ambulatorio è nettamente aumentato, dalla sua apertura, siamo passati da 30 visite al mese nel 1999 a circa 80 visite al mese nel 2001. Possiamo ritenere oggi questo servizio , nato dalla collaborazione di medici di famiglia e dall'Azienda Sanitaria , non più solo un progetto sperimentale che ha raggiunto i suoi obbiettivi, ma un punto fermo nella rete di strutture che l'Azienda Sanitaria ha coordinato nell'ottica di dare una risposta sanitaria a questa parte di popolazione.
L'età media degli utenti è 20/30 anni, prevalgono nettamente i maschi (due terzi). Si nota una diminuzione di accessi di persone profughe dalle aree balcaniche, in particolare dal Kossovo, sebbene l'area dell'Europa dell'Est rappresenti circa i 2\3 rispetto alle zone di provenienza degli utenti nel suo insieme. È aumentata la richiesta sanitaria per quei profughi provenienti dalla Serbia, che si sono temporaneamente stabiliti nella nostra città e dei nuovi profughi dalla Macedonia e Montenegro. Sono aumentati anche gli accessi di persone provenienti dall'Africa e dall'Asia.
Per quanto riguarda le problematiche sanitaria cui abbiamo dovuto far fronte, queste sono rappresentate per lo più dalle così dette *malattie del disagio* o meglio *del degrado*, perlopiù patologie da raffreddamento con continue recidive, da cattiva alimentazione, quelle traumatiche, quindi disturbi acuti delle vie aeree, dell'apparato digerente, del sistema osteoarticolare, ma anche di interesse genitourinario, odontostomatologico e dermatologico. Le reti di collegamento per esigenze di carattere sanitario sono costituite dai consultori familiari, consultori pediatrici, specialisti dei distretti e dei centri territoriali (cardiologico, diabetologico, oncologico), tre pediatre di libera scelta volontarie per visite domiciliari. Sono state inoltre eseguite numerose visite presso i centri di accoglienza gestiti dalle associazioni di volontariato, e per strada con l'Unità da strada della Comunità S. Martino al Campo .
Particolare attenzione è stata posta nel controllo dei calendari vaccinali dei pazienti, delle eventuali malattie contagioso diffusive, soprattutto nelle persone a rischio, attivando percorsi specifici in collaborazione con i consultori, il Centro Malattie Sessualmente Trasmesse , il reparto infettivi.

Considerazioni di carattere generale

Determinanti dell'immigrazione. «Si parla di cause, ma si dovrebbe – più convenientemente – parlare di concause o di determinanti del fenomeno migratorio». È infatti un insieme di fattori che concorre alla nascita di progetti

migratori, sia a livello micro, quello personale-familiare, sia a livello macro, quello delle correnti migratorie che coinvolgono masse di popolazioni da un paese a un altro, da un continente all'altro. Le ragioni di ordine economico o politico-sociale sono i più comuni fattori di attrazione (*pull factors*) e di spinta (*push factors*) dei movimenti migratori: tra di essi la domanda/offerta di lavoro è uno dei principali.
Le determinanti economiche e socio-economiche rappresentano la categoria più estesa e più onnicomprensiva. All'interno di questa, i più comuni fattori di attrazione e di spinta sono rappresentati dal differenziale esistente nelle risorse e nel tenore di vita tra i paesi di emigrazione e quelli di immigrazione, dalla condizione di sperequazione delle risorse e dalla povertà e precarietà strutturale di alcuni paesi specialmente del Sud del mondo. La categoria comprende aspetti salariali ma anche aspetti più generali, legati alle condizioni e alla speranza di vita, alle condizioni di alimentazione e di salute, alla disponibilità/indisponibilità dei beni di consumo o al costo della vita.
Le determinanti demografiche e politico- sociali, correlate all'espansione demografica nei paesi del Sud del mondo e al mercato del lavoro, sono importanti cause di un rilevante effetto di spinta verso l'emigrazione. Quanto «maggiore è lo squilibrio tra crescita demografica ed economica di un paese e quella di un altro paese tanto maggiore è la pressione migratoria che si crea tra i due paesi»[2].
Le determinanti politiche, sono rappresentate da condizioni di persecuzione e/o conflitto bellico, (un ruolo notevole è esercitato da quei regimi che perpetrano sistematiche violazioni delle libertà fondamentali e delle minoranze o dell'esercizio della libertà religiosa e politica).
Le determinanti ambientali e naturali, quali inondazioni e alluvioni, siccità e desertificazione, terremoti e inondazioni generano necessariamente emigrazione;
Il fenomeno della globalizzazione economica è una rilevante determinante, tende a tracciare un solco tra lavoratori qualificati (che migrano verso economie industrializzate e le aree della new economy[3]) e i lavoratori non qualificati, che trovano migliori opportunità occupazionali nei paesi di immigrazione.»[4]

I fattori determinanti ora elencati, a loro volta, trovano origine in una serie di fattori che fanno parte della storia del secolo appena trascorso:
– le guerre mondiali, il colonialismo e lo sfruttamento delle risorse dei paesi del sud del mondo, che hanno impoverito i perdenti e arricchito i paesi che oggi hanno l'obbligo morale di accogliere in casa propria i cittadini dei paesi depauperati ed asserviti;
– il proselitismo indiscriminato religioso e culturale che ha magnificato il mondo moderno occidentale rendendolo desiderabile e attraente, distruggendo nel contempo culture e stili di vita secolari;
– l'espansione delle economie a mercato libero (la legge del più forte), prive di qualsiasi moderatore morale o sottomissione a principi ritenuti superiori al proprio tornaconto personale;
– lo sgretolamento economico e culturale dei paesi *d'oltre cortina*;
– il dilagare a macchia d'olio della mentalità moderna individualista e materialista, sradicata da qualsiasi considerazione di carattere metafisico e spirituale;

In sintesi è l'esportazione ovunque di quei fattori che stanno da tempo disgregando lo stesso mondo che li produce. L'immigrazione di oggi è anche l'effetto di ritorno dell'invasione colonialistica di ieri e della sistematica negazione dei fondamenti tradizionali dei modelli di vita non modernizzati con parziali sostituzioni di ideologie incoerenti con la storia e la cultura preesistenti.

Processi d'integrazione.

Si possono distinguere diversi concetti che definiscono l'integrazione[5]: L'integrazione come utilità: si tratta di una lettura funzionalista-utilitarista. Gli immigrati sono tanto più integrati, quanto più costituiscano un ingranaggio necessario e benefico della macchina sociale ed economica, in quanto svolgano o siano indotti a svolgere funzioni socialmente utili senza danneggiare gli interessi dei cittadini. L'integrazione come somiglianza: gli immigrati sono tanto più integrati, quanto più condividono i valori ed i modi di vita condivisi dai nazionali. Questa interpretazione può essere ottimista sulla possibilità di *trasformare lo straniero in*

un cittadino, può ritenere cioè che sia possibile che lo straniero arrivi a condividere i valori prevalenti anche perché quei valori sono ritenuti patentemente migliori, si tratta di regimi politici che godono di una forte auto stima: pensiamo al vecchio modello repubblicano francese o al vecchio modello liberale americano. I rischi politici di questa interpretazione sono quelli propri dell'*assimilazione*, cioè annullare l'altrui identità costruendogli una parodia dell'identità ipotizzata per il cittadino medio locale.
Per un buon governo integrazione vuol dire - secondo la Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati – garantire due dimensioni:
– l'integrità della persona e una buona vita;
– l'integrazione positiva e la pacifica convivenza.

L'integrazione come interazione ci suggerisce di inserire le politiche di integrazione degli immigrati in una strategia che tenga sempre conto anche dell'integrità dei nazionali. Preoccuparsi delle paure, delle insicurezze, dello spaesamento dei nazionali di fronte all'immigrazione significa prendere sul serio anche quella integrità e quindi costruire le condizioni per un'interazione positiva.
Se accettiamo una definizione di integrazione come integrità e buona vita si devono accogliere tutte le diversità culturali che non offendano questo principio e si devono contrastare le pratiche che lo negano. Posto il confine dei diritti umani, se accettiamo una definizione di integrazione come integrità e come interazione a basso conflitto, qualunque tipo di diversità non è accettata o respinta in base a parametri astratti, ma solo se lede i diritti umani e se crea conflitti, solo se è percepita come distruttiva del vivere civile

Equità

Sembra che attualmente non ci sia una definizione chiara e generalmente accettata di "equità" in relazione alla salute. Il termine "equità" è usato in differenti accezioni concettuali[6]:
a) accesso ai servizi di salute eguale per tutti (equità di opportunità);
b) risorse assegnate ad ogni individuo eguali (equità di assegnazione);
c) eguaglianza di risorse impegnate per ogni caso caratterizzato da particolari condizioni (equità di risorse impegnate in relazione al bisogno biologico);
d) eguaglianza di anni di vita vissuti in salute in relazione alle risorse spese (costo - efficacia);
e) erogazione di cure in relazione alla disponibilità a pagare in proprio (equità di domanda economica , che esclude le altre forme sopra riportate);
f) erogazione di cure in relazione al bisogno biologico (valutato come ?, con quale scala di priorità ?) o al bisogno socio - economico (entro quali limiti, con quali criteri ?);
g) raggiungimento di condizioni di salute ottimali per tutti;

A questi noi aggiungeremmo:
h) dare ad ognuno quanto gli compete in relazione alle proprie caratteristiche personali, (cd. principio di giustizia distributiva: *uniquique suum tribuere)*.

Alcuni studiosi di etica affermano che maggiore è il bisogno, nel senso di carenza sociale ed economica con conseguente alta vulnerabilità, maggiore è la richiesta morale di rispondere con interventi a favore della salute. Senza la conoscenza dell'efficacia dell'intervento sulla salute in relazione all'impegno delle risorse, questo concetto di equità basato sul bisogno (soggettivo? oggettivo? espresso? inespresso? verificato e come?) può condurre ad impegnare risorse eccessive per un particolare individuo a scapito di altri. Circostanza, questa, che per certo non risulterebbe conforme agli enunciati di fondo con cui la nostra Carta Costituzionale delinea il diritto alla salute (art. 32).
Il Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000, enuncia fra i principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale: «… *il principio dell'equità,* in base al quale deve essere assicurata la rimozione delle barriere geografiche ed economiche che ostacolano il ricorso all'assistenza sanitaria da parte dei cittadini e devono essere colmati i divari informativi e comportamentali che discriminano gli individui e i gruppi di popolazione nei confronti della salute, in modo da garantire eguali opportunità d'accesso e d'assistenza, a parità di bisogno.»[7]

Rispettare il principio d'equità, come fin qui definito, appare dunque piuttosto problematico, perché non è possibile soddisfare contemporaneamente tutti gli aspetti sopra elencati, alcuni dei quali sono fra loro incompatibili. Inoltre bisogna tenere in considerazione la cultura ed il sistema dei valori di riferimento di chi sceglie in base a quale equità comportarsi, anche in questo campo d'interesse nel mondo moderno non c'è unanimità.
Salvo alcune lodevoli eccezioni, si può facilmente osservare che è prassi corrente fare un riferimento volutamente generico all'equità, affidandosi al fascino della parola (verbalismo), con ricadute pratiche che in realtà sono dettate da fattori spesso poco espliciti e/o molto inerziali, dal peso contrattuale maggiore o minore delle varie «lobbies» e dalle loro capacità organizzative, dalla cultura politica del momento. Realisticamente, riteniamo di potere proporre niente di più dell'esplicitazione chiara, e confrontata fra operatori ed utenza, dell'equità alla quale ci si vuole riferire volta per volta nelle scelte che si vengono a fare per l'uso delle risorse. È doveroso poi verificare che gli atti conseguenti siano conformi a quanto normativamente stabilito ed accettato dall'utente.

Pregiudizio

L'immigrazione avviene da diversi paesi, culture molto diverse, più o meno modernizzate, esistono notevoli differenze individuali anche fra persone provenienti dallo stesso paese. "E' importante non confondere razzismo con pregiudizio. Il pregiudizio è un risparmio mentale, così come lo sono le generalizzazioni, essi si basano sull'ignoranza. E' pregiudizio l'applicazione a un intero gruppo, o meglio a tutti gli individui di un gruppo, di una caratteristica di alcuni individui dello stesso gruppo o di un gruppo affine, o di un sottogruppo. Ad esempio, ci sono gli Albanesi che sfruttano la prostituzione, rapinano, disturbano. Ci sono quelli che lavorano o fuggono dalla guerra, dal crollo dello stato, dalla miseria. Ci sono gli assassini e gli assassinati. La percezione di altri gruppi di migranti (i nordafricani, i centroafricani, gli europei orientali, i latinoamericani) è assai più sfumata"[8].
Molti immigrati hanno una dignità personale e culture secolari alle spalle che sono generalmente sconosciute agli occidentali che non vi abbiano dedicato un'attenzione particolare e studi approfonditi esenti da preconcetti di "evoluzione" e implicito senso di superiorità della propria cultura.
Persino molti fra gli operatori di buona volontà e disposizione aperta, che si dedicano ad aiutare gli stranieri, non si sono mai interessati a conoscere a fondo il punto di vista dell'altro. Qual è la concezione della vita, e della salute in particolare, dei Rom? Quale la loro tradizione orale ? Cos'è il corpo per un indù di formazione tradizionale ? Cos'è la psiche nel mondo islamico o ebraico ? Qual è l'influenza dei numeri nella vita di un cinese ? Come ci considerano gli immigrati ?
L'interazione fra diverse culture presuppone un rapporto bilanciato ed equilibrato, alla ricerca delle identità comuni e della comprensione delle differenze in relazione al contesto proprio di ognuno. Se vogliamo convivere pacificamente dobbiamo compiere lo sforzo di apprendere dall'altro senza partire dal presupposto che quello che questo mondo moderno può offrire è sempre meglio di quello che l'altro può offrire.

La criminalità

Non solo l'opinione pubblica, ma le statistiche ufficiali tendono a ingrandire i dati sulla criminalità immigrata e a fare confusioni. Il cittadino comune non sa che l'alta percentuale di immigrati nelle carceri si deve anche alla difficoltà di applicare misure alternative (come gli arresti domiciliari in mancanza di domicilio), e anche a maggiori carenze nella difesa. Non sa che agli immigrati è applicata più spesso la carcerazione preventiva. Non sa che i dati sono poco affidabili perché arresti ripetuti possono riguardare la stessa persona recidiva o perché - nel caso di immigrati - se pure si volesse distinguere tra numero di persone arrestate e arresti, sarebbe difficile farlo per le difficoltà a trascrivere nomi stranieri, a individuare le persone.
Gli immigrati sono in larga misura vittime di reati e di illeciti: pensiamo al lavoro nero, al non rispetto degli orari lavorativi, a condizioni di lavoro insalubri, ad alloggi invivibili, al rifiuto di prestare servizi o di dare in affitto. Il carat-

tere di vittima si esplicita soprattutto nel traffico d'immigrazione illegale.
Non ci sono conclusioni da trarre: bisogna mettere in pratica l'effettivo esercizio dei diritti riconosciuti per legge ed auspicare che l'incontro fra culture diverse, pur se rappresentate in una situazione impari, sia di stimolo alla comprensione e non alla pura e semplice assimilazione.

«Nei giardini sono fioriti oleandri,
bianchi nel tuo e rossi nel mio,
a primavera, finito il sonno:
si sono riconosciuti in silenzio.»

(Tagore)

Sergio Ujcich, medico
Staff Direzione Sanitaria, A.S.S. n.1 Triestina

Note

[1] Tratto da *Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati* PRIMO RAPPORTO SULL'INTEGRAZIONE DEGLI IMMIGRATI IN ITALIA , ROMA, 30 NOVEMBRE 1999, Rapporto 1999, Dipartimento per gli Affari Sociali - Presidenza del Consiglio dei Ministri Via Veneto, 56 - 00186 Roma. Si trova in www.affarisociali.it

[2] A. Golini, I movimenti di popolazione nel mondo contemporaneo, cap. 2, Le migrazioni internazionali e le pseudo migrazioni.

[3] Cfr. CIFE (a cura di R. Cagiano de Azevedo), Le migrazioni internazionali e la cooperazione economica, cap. 2, La revisione delle politiche di cooperazione. Questo dossier delinea a titolo esemplificativo quattro categorie di migranti per l'"effetto globalizzazione": negozianti e investitori; visitatori in viaggio d'affari; specialisti; lavoratori salariati facenti oggetto di uno scambio all'interno di un'impresa.

[4] Da ***Processi globali e forme di governo delle migrazioni in Italia e in Europa.*** Una sintesi delle ricerche, A cura del Censis, Al documento hanno lavorato, su coordinamento di Carla Collicelli,:Rosario Sapienza, Matteo Lariccia, Jonathan Chaloff. Roma, luglio 2000.

[5] da Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia* , Roma, 30 novembre 1999, Dipartimento per gli Affari Sociali - Presidenza del Consiglio dei Ministri v. Veneto, 56 - 00186 Roma. Vedere in www.affarisociali.it

[6] R.H. Morrow & John H. Bryant *"Health policy approaches to measuring and valuing human life: conceptual and ethical issues"*, in "American Journal of Public Health", 1995, vol. 85, n.10. pp1356 - 1360.

[7] Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 definisce i livelli di assistenza alla luce dei principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale:

il principio della dignità umana, in base al quale ogni individuo ha uguale dignità e uguali diritti, a prescindere dalle caratteristiche personali e dal ruolo svolto nella società;

il principio della salvaguardia, in base al quale lo stato di salute dell'individuo va tutelato prima che possa essere pregiudicato;

il principio del bisogno, in base al quale tutte le persone in condizione di bisogno hanno diritto all'assistenza e le risorse disponibili devono essere prioritariamente indirizzate a favore delle attività in grado di rispondere ai bisogni primari della popolazione;

il principio della solidarietà nei confronti dei soggetti più vulnerabili, in base al quale le risorse devono essere prioritariamente utilizzate a favore dei gruppi di popolazione, degli individui e delle condizioni che presentano bisogni rilevanti in termini sociali e clinico-epidemiologici;

il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi, in base al quale le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta in base alle evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio;

il principio dell'efficienza produttiva, in base al quale nella scelta fra differenti modalità di organizzazione dell'offerta e fra differenti tipologie di attività devono essere privilegiati gli interventi che, a parità di risultato, garantiscono un uso ottimale delle risorse;

[8] da una ricerca sugli atteggiamenti dei piemontesi nei confronti degli immigrati pubblicata nel volume Rumore (Rosenberg e Sellier, Torino)

Reagire al terrorismo e alla guerra con la solidarietà verso un bambino

Barbara Urbani

L'idea di adottare un bambino a distanza è maturata dopo un autunno di tempesta emotiva, gli attentati alle Twin Towers mi avevano scosso profondamente, sentivo la necessità interiore di fare qualcosa che potesse aiutare qualcuno, desideravo coinvolgere più persone, ma sapevo che probabilmente il mio pensiero era solo una goccia in un oceano. Fu così che durante un corso d'aggiornamento a Torino, nel periodo delle feste natalizie, parlai con una collega la quale si dimostrò subito entusiasta e realizzai che quella era la strada giusta da percorrere. Camminando lungo le vie di Torino illuminate a festa, era stridente il contrasto tra ciò che stava accadendo nel mondo e il desiderio di voler vivere a tutti i costi una normale e serena quotidianità.
Ritornai a Trieste ed espressi la mia idea alla caposala e ai colleghi che mi diedero il loro più ampio consenso. In tanti si offrirono per indicarmi un'associazione alla quale appoggiarmi, alla fine optai per «Azione Aiuto», un ente morale che opera nelle comunità più povere e discriminate d'Africa, Asia e America Latina per garantire a lungo termine migliori condizioni di vita e il rispetto dei diritti fondamentali. La scelta di "privilegiare" l'adozione di un bambino extraeuropeo anziché italiano è dipesa dalla minor difficoltà burocratica.
Informai i colleghi e i medici del mio reparto che l'adozione a distanza di un bambino con «Azione Aiuto», poteva contribuire a migliorare sensibilmente la qualità della sua vita, della sua famiglia e della comunità cui appartiene. Tutti, e ripeto tutti, erano entusiasti ed emozionati all'idea di farlo.
Il nostro sostegno darà ad una delle comunità più povere del mondo l'opportunità concreta di divenire maggiormente padrona del proprio destino, questo sostegno non si traduce solo in fornitura d'acqua potabile e pulita, migliori tecniche agricole, assistenza sanitaria ed educazione; significa anche contribuire ogni giorno a garantire alla comunità il diritto a partecipare a scelte che influenzano la loro vita quotidiana. Il nostro appoggio è importante soprattutto per motivare la comunità del bambino, che noi affiancheremo, a lavorare per se stessa e ad avere fiducia in un futuro migliore.
Ora siamo in attesa di sapere che colore avrà il fiocco che appenderemo nella cucinetta del reparto, rosa o azzurro, chissà forse un domani anche più di uno.
Siamo appena all'inizio di un progetto che c'emoziona e ci rende migliori, un percorso di crescita interiore che non può far altro che bene a noi e alle persone meno fortunate di noi. Mi ero prefissata l'obiettivo di rendermi utile coinvolgendo altre persone, ora finalmente lo scopo è raggiunto.
Colgo l'occasione per ringraziare tutti i colleghi che mi hanno sostenuta in quest'iniziativa, è grazie a loro se quest'idea è realtà.
Invito inoltre i lettori a fare opera di sensibilizzazione presso i loro servizi, basta poco per aiutare un bambino a riappropriarsi del suo diritto ad un presente decoroso e ad un futuro di vita libero e autonomo.

"La cooperazione verso una meta comune permette di superare il più grande degli ostacoli: l'egoismo"

(I Ching)

Barbara Urbani, infermiera
u.o. medicina d'urgenza Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti di Trieste.

Infermieri extracomunitari

L'esperienza del Collegio di Trieste

Daniela Samassa

È universalmente noto il problema dell'endemica carenza di personale infermieristico professionalmente qualificato che affligge il sistema sanitario dei paesi europei. Ma la questione nel nostro paese assume una rilevanza ed un'urgenza particolare, le lacune negli organici non cessano di ampliarsi, il fenomeno ha assunto una gravità tale da mettere in discussione la stessa efficienza, operatività e funzionalità delle strutture sanitarie e prefigurare un rapporto infermieri/pazienti tra i più bassi del mondo. A questa situazione, non priva di aspetti paradossali, dato che contemporaneamente si registra invece una costante moltiplicazione di medici, si è tentato di porre rimedio prospettando da più parti varie soluzioni, tra queste la più ovvia e logica è quella di assicurare agli infermieri una retribuzione consona all'importanza della loro funzione (l'ultima piattaforma contrattuale ha tentato questa soluzione). In questi anni un altro rimedio è stato quello di ricorre al reclutamento di infermieri extracomunitari.
Sicché nel 1999 il Ministero della Salute ha disciplinato tale reclutamento con il D.P.R. n. 394 e la circolare attuativa del dipartimento delle professioni sanitarie del 12 aprile 2000. Si tratta di provvedimenti volti a regolamentare le procedure per la concessione a soggetti extracomunitari dell'autorizzazione all'esercizio della professione, stabilire criteri e parametri rigorosi per il riconoscimento dei titoli abilitanti conseguiti all'estero con l'obiettivo di garantire l'idoneità all'esercizio della professione valutando la rispondenza della loro formazione ai nostri standard nazionali.
E' nell'ambito di questo quadro normativo che i Collegi Ipasvi sono stati investiti di nuovi compiti concernenti l'accertamento della conoscenza della lingua italiana e della specifica normativa relativa all'esercizio della professione da parte dei candidati stranieri. Tale verifica , posta come pregiudiziale all'iscrizione all'albo, presuppone lo svolgimento di un esame basato su una prova scritta ed una prova orale. Tale valutazione spetta ad una commissione formata da componenti del Consiglio Direttivo del Collegio ed un docente regolarmente abilitato all'insegnamento della lingua italiana.
La commissione del Collegio Ipasvi di Trieste è costituta da tre componenti interni e l'esperto esterno, il professore Aldo Durì che vanta anche una considerevole esperienza in merito all'inserimento nella scuola statale superiore di studenti extracomunitari.

Trieste è città cosmopolita, posta alla frontiera orientale, tradizionalmente interessata da flussi immigratori intensificatisi a seguito della guerra nei balcani. La composizione etnica della popolazione urbana in un decennio è notevolmente modificata. Le piccole comunità

alloglotte (balcaniche prevalentemente, con l'eccezione del gruppo cinese) complessivamente contano ben 14.000 persone, il 6 per cento degli abitanti totali.
Considerata questa particolare realtà sociale, era facile prevedere che in molti avrebbero approfittato delle opportunità loro offerte dalla nuova normativa e così è stato. L'immigrazione a Trieste infatti non è solo rappresentata da manodopera impiegata nell'edilizia o nei lavori di pulizia, al contrario, soprattutto tra sloveni e croati, la scolarizzazione è elevata e diffusa e pertanto un buon numero di infermieri hanno ottenuto dal Ministero della Salute l'equipollenza dei loro diplomi ed hanno sostenuto l'esame presso la Commissione del Collegio Ipasvi di Trieste.
La Commissione lavora molto seriamente, gli esami sono rigorosi. Uno di questi si è concluso anche con una bocciatura definitiva. In altri casi il collega è invitato (come prevede la normativa) a ripresentarsi (un po' come accadeva una volta per gli studenti rimandati alla sessione autunnale). Una giovane candidata si è presentata per tre volte prima di essere *promossa!* La formula stessa dell'esame è stata via via adeguata e perfezionata nel tempo. Inizialmente prevedeva in apertura una presentazione da parte del candidato, volta ad accertare la sua padronanza della lingua parlata, successivamente la soluzione di quiz e l'esecuzione di esercizi grammaticali, intesi a vagliare la sua familiarità con l'espressione scritta, infine lo svolgimento di un colloquio atto a valutare le capacità di comprensione linguistica e la conoscenza delle specifiche normative (legge n. 42 /99, profilo professionale, ordinamento didattico, codice deontologico, i cui testi venivano forniti come materiale di studio ai candidati al momento dell'iscrizione). A questa sequenza, con il fine di rendere l'esame sempre più esaustivo e probante, è stata aggiunta un'articolata prova scritta di natura oggettiva volta ad accertare la conoscenza della specifica terminologia sanitaria. Anche la struttura della commissione ha subito un'evoluzione al fine di renderne stabile la sua composizione per garantire obiettività e costanza nell'adozione dei parametri e criteri di giudizio e garantire altresì la continuità di una esperienza inedita che, solo facendo tesoro della sua memoria storica, può trarre stimoli ed insegnamenti per essere sempre più valida ed efficace.
A distanza di circa sedici mesi d'inizio dei lavori la commissione ha esaminato 18 candidati (17 donne e 1 maschio) di nazionalità serba, croata, slovena e bosniaca con l'aggiunta di una collega di origine romena ed un'australiana. Prevalgono le persone mature sui giovani, l'età media è quarant'anni, a significare che gran parte dei candidati possiede una buona pratica ed ha alle spalle una lunga esperienza professionale. L'anzianità di servizio non è di per sé garanzia di competenza professionale, ma l'impressione generale che abbiamo colto dalla valutazione dei curricula e dei loro racconti di vita è di aver accolto nel nostro gruppo professionale colleghi con buona professionalità, forti motivazioni e un vissuto tanto ricco quanto umanamente travagliato. Persone desiderose di apprendere, inserirsi, lavorare e migliorare la loro condizione nella comunità che li ospita. Alcune storie, anche se non compaiono nei resoconti ufficiali della commissione, sono ancora impresse nella memoria degli esaminatori che talvolta hanno faticato a trattenere la commozione ed il distacco conveniente alla situazione, di fronte a casi come quello dell'infermiera in fuga dall'inferno bosniaco che, durante il suo servizio nell'ospedale di Tuzla, è stata testimone delle sofferenze, della fame e degli orrori patiti dalla popolazione durante il terribile assedio della città e delle orrende stragi seguite alla sua caduta.
Se qualcuno pensava che l'abilitazione degli infermieri extracomunitari potesse abbassare il livello della qualità dell'assistenza sanitaria sino ad oggi gli esaminatori credono invece il contrario. La sensazione è infatti che i nuovi arrivati arricchiscano i servizi con le loro esperienze umane e professionali portando anche stimoli positivi di riflessione sul ruolo degli infermieri verso un mondo che anela alla pace.

Daniela Samassa, infermiera,
Centro di formazione, Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Trieste

I livelli esseziali di assistenza (LEA)

Fabio Zimarelli

Il 23 febbraio 2002 è entrato in vigore il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 novembre 2001, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale dell'8 febbraio 2002, avente per oggetto "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Il Decreto, scaturito dall'incontro delle volontà di Governo, Regioni, delle Province Autonome di Trento e Bolzano, della Conferenza permanente Stato-Regioni, oltre ai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, pur avendo dei contenuti tecnici, ha attirato, anche grazie all'interessamento dei media, l'attenzione degli utenti del Servizio Sanitario Nazionale, forse più per il timore della ricomparsa dei ticket che per la portata della norma.

Per comprendere lo spirito di questo decreto è bene ripercorrere i passaggi normativi che hanno determinato la sua adozione con ampia adesione da parte degli organismi sopra indicati.

L'evoluzione avvenuta nel concetto di livello di assistenza è strettamente connessa ai mutamenti sociali e politici verificatisi nello Stato nel periodo 1976-1992 ed alle difficoltà incontrate da tutti i Governi nell'avviare ed attuare le riforme sociali ed in particolare quella della sanità. L'area della sanità pubblica richiedeva, da un lato, di essere disciplinata e regolamentata per dare attuazione al principio costituzionale della tutela della salute che, fino alla fine deg li anni '70, aveva trovato una applicazione solo parziale, e dall'altro di doversi allineare, in tempi brevi, ai parametri europei, per far sì che l'Italia potesse accedere all'Unione europea disponendo di una struttura sociale tale da venir accettata dagli altri patners.

Il percorso riformistico, iniziato con la pubblicazione della legge 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ha richiesto quasi vent'anni per arrivare alla attuale realtà. Con la prima fase vennero introdotti nella normativa i principi contenuti dell'articolo 32 della Costituzione, e riconosciuto in capo ai cittadini il diritto alla salute come diritto soggettivo, irrinunciabile e fondamentale. Questo si affiancava a quell'interesse alla tutela della salute considerata finalità primaria per lo Stato. Tale riconoscimento si inseriva e rafforzava quel principio di uguaglianza che non poteva non essere parimenti applicato e riconosciuto a tutti i cittadini. In questa fase di avvio il legislatore non volle soffermarsi sulla parte conclusiva del primo comma dell'art. 32, consentendo così a tutti i cittadini di poter accedere ai servizi sanitari senza oneri a proprio carico.

Tra le finalità, i principi e gli aspetti più tecnici della riforma, all'art. 3 veniva previsto l'obiettivo prioritario di *uniformare i livelli* delle prestazioni erogate dalle neocostituite USL. La stessa normativa aveva demandato alla legge dello Stato di fissare, attraverso il Piano Sanitario Nazionale, quali avrebbero dovuto essere i *livelli delle prestazioni* che dovevano essere assicurati ai cittadini, nonchè di definire, mediante l'adozione di successive norme, quei livelli unitari che avrebbero dovuto essere presenti, e quindi erogati, su tutto il territorio nazionale (art.57).

Perseguendo finalità con intenti prevalentemente sociali, la norma non aveva previsto alcuna valutazione relativamente a possibili parametri qualitativi con cui monitorare la nuova realtà sanitaria al fine di fornire non solo un servizio, ma un servizio adeguato alle esigenze dell'utenza locale. Ritenendo appunto prioritaria la finalità di superare le condizioni di arretratezza igienico-sanitaria in cui si trovavano ampie aree del paese, il valore qualitativo era stato rinviato ad un momento successivo, per valorizzare piuttosto l'attività di prevenzione e di riabilitazione, che era stata introdotta e disciplinata in maniera significativa.

Con l'avvento della seconda riforma, di cui al decreto legislativo 502/92, venne introdotto un rilevante cambiamento nella linea della politica socio sanitaria del paese, peraltro già inizia-

to con l'introduzione dei ticket nel 1985 e con gli altri interventi partecipativi alla spesa sanitaria introdotti nei confronti degli utenti. Il Servizio Sanitario non viene considerato solo come mezzo per uniformare l'attività assistenziale, ma anche per valutare la qualità e la quantità delle prestazioni erogate ed erogabili, sulla base della disponibilità finanziaria riconosciuta alle singole strutture aziendali. Inizia l'era della privatizzazione e dei budget. La legge prevede che nel Piano Sanitario Nazionale siano ora individuati i *livelli uniformi di assistenza* che dovranno caratterizzare l'attività della nuova gestione sanitaria.

Il concetto di *uniforme* non è più interpretato come sinonimo di uguaglianza, ma di *necessario***,** cioè di mezzo idoneo a rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento, recupero delle condizioni di salute, e di *appropriato* da intendersi come elemento di valutazione per venire incontro alle esigenze dei cittadini e alle modalità di erogazione delle prestazioni effettivamente occorrenti per ogni singolo caso.

Anche il concetto di *assistenz***a** si trasforma per seguire il principio imprenditoriale della domanda e dell' offerta, rapportato al volume delle risorse a disposizione della singola azienda. Il Piano Sanitario Nazionale 1994-96 aveva previsto 6 livelli di cui tre nell'area dell'assistenza (sanitaria collettiva in ambiente di lavoro, distrettuale e ospedaliera), e tre in quella dei servizi e delle prestazioni. Sulla base dei livelli stabiliti e delle prestazioni ospedaliere erogate, fu tarato il sistema di classificazione dei DRG, la cui introduzione venne a costituire il nuovo metodo di finanziamento delle Aziende, accanto agli importi erogati mediante il Fondo Sanitario Nazionale.

Con la successiva riforma, introdotta con il decreto legislativo 229/99, il legislatore ha ulteriormente modificato il comma 3 dell'art. 1 della norma base (Dec,L.vo 502/92), introducendo il concetto di *livelli essenziali e uniformi di assistenza*, nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, di equità nell'accesso all'assistenza, dell'appropriatezza rispetto alle specifiche esigenze, dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Con questo passaggio vengono riuniti i due concetti di *essenziale e di uniforme* che assumono così una valenza diversa.

Infatti per *livello essenziale* va inteso sia quello ritenuto dal legislatore come necessario ed indispensabili per tutti gli utenti che ne abbiano bisogno, ma anche quello legato al valore economico che il Servizio Sanitario Regionale riconosce alle prestazioni che lo stesso Servizio Sanitario Regionale deve erogare agli aventi diritto. Essenziale non è sinonimo di totalità, ma serve a distinguere quelle prestazioni che comunque devono essere erogate a tutti gli utenti, da quelle che, invece, non possiedono i requisiti richiesti non rientrano tra quelle essenziali, in quanto non finalizzate a superare situazioni di malattia psicofisica, ma solo ad intervenire in un area valutata come complementare della salute individuale.

Il *livello uniforme* va, invece ricercato nell' evitare discriminazioni o differenziazioni territoriali fra tutti gli utenti e nel verificare che quanto erogato dal Servizio Sanitario Regionale sia appropriato e rientri nei canoni stabiliti dal Piano Sanitario Nazionale e Regionale ed alle esigenze dell'utente, evitando, così, quegli sprechi che vanno a detrimento del funzionamento del Servizio ed a scapito degli altri fruitori. La norma prevede infatti che l'individuazione dei livelli avvenga contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria.

Nelle più recenti dsposizioni normative i livelli vengono, però, ridotti a tre e precisamente:

a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
b) assistenza distrettuale;
c) assistenza ospedaliera;

Sulla base di tali presupposti si è formato il decreto Presidente della Repubblica 29 novembre 2001.

L'originalità del Decreto è data sia dall'aver puntualmente individuate e definite per ognuna delle tre macroaree le singole categorie, che di aver evidenziato quali siano le prestazioni inserite in ogni categoria. Ad esempio nella

macro classe "assistenza distrettuale" è ricompresa la categoria della "assistenza sanitaria di base" con le relative prestazioni di medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare continuità assistenziale notturna e diurna guardia medica turistica.
A ciò si aggiunge l'elencazione delle prestazioni che per la loro tipologia sono state considerate:

– totalmente escluse dai livelli essenziali di assistenza;
– parzialmente escluse dai livelli essenziali di assistenza;
– prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo di inappropriatezza e non verranno più trattate come degenze.

Nella prima fascia degli esclusi in maniera totale sono compresi gli interventi di :
chirurgia estetica, circoncisione rituale maschile, medicina non convenzionale (agopuntura, fitoterapia, omeopatia, chiropratica ecc) vaccinazioni non obbligatorie a scopo turistico, certificazioni mediche non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva e alcune prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale (es. idromassaggi, diatermia ecc …);
alla seconda fascia appartengono alcune prestazioni odontoiatriche, densitometria ossea, medicina fisica e chirurgia refrattiva ecc…
Nell'ultima fascia sono state fatte rientrare le prestazioni che potrebbero trovare adeguata rispondenza con un diverso setting assistenziale, con identico beneficio per il paziente e con minor impiego di risorse.
Si può, pertanto, concludere che gli attuali livelli essenziali ed uniformi di assistenza continuano a comprendere la maggior parte delle prestazioni offerte dal Sistema Sanitario Nazionale, mentre sono state tolte o ridimensionate solo quelle rivolte ad aspetti estetici o di benessere fisico, senza essere necessariamente connessi ad un pregres-so stato di malattia.
Gli attuali livelli essenziali ed uniformi sono pertanto indirizzati a declassare tutte quelle prestazioni ritenute non "curative" che vanno ad aggravare impropriamente l'ambiente ospedaliero e ad aumentare le giornate di degenza, quando questa non sia necessaria.
L'aver ridotto il numero delle prestazioni non ha tolto sicurezza al sistema, anzi serve ad aumentare la qualità dei servizi resi. La trasformazione di attività fino ad ora svolte in regime di degenza in prestazioni day hospital o day surgery o in regime ambulatoriale aiuterà l'utente a non subire i noti disagi connessi ad un ricovero non strettamente necessario, facendogli risolvere con migliore efficienza ed efficacia il problema sanitario, mentre la struttura potrà utilizzare diversamente il posto letto rimasto a disposizione, con conseguente recupero di risorse.
La classificazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza potrà subire delle modificazioni nel tempo mediante l'inserimento o la decurtazione delle prestazioni riconosciute tali dal Ministero della Salute, ricordando che l'art. 32 della Costituzione assicura la gratuità delle cure solo ai soggetti non abbienti.
I livelli potranno inoltre essere rivisti anche all'interno delle singole regioni sulla base delle disponibilità finanziarie e delle finalità indicate nei singoli Piano Sanitario Regionale. In questo caso saranno le singole Regioni a sopportare gli oneri per le prestazioni dalle stesse riconosciute come essenziali. Ciò comporterà che, prestazioni escluse dai livelli essenziali da una Regione potranno invece trovare spazio in quelli di un'altra, determinando, così, quei flussi di attrazione che erano stati indicati come punti di forza nel Dec. L.vo 502/92, per essere poi ridimensionati, quando venne compreso come la concorren-zialità in ambito sanitario non sia sempre il miglior sistema per incentivare i rapporti e la collaborazione fra le Aziende sanitarie, dovendo, invece, venir presi in considerazione ben altri parametri per consentire la crescita, lo sviluppo e l'idonea risposta alle esigenze emergenti nelle aree servite.

Fabio Zimarelli, Dirigente Responsabile
Struttura Complessa Approvvigionamenti – Contratti
Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" Trieste

L'infermiere di famiglia

Ulteriori passi avanti in Gran Bretagna

Diego Canderlic

Il British Medical Journal, in un articolo del 9 marzo 2002, riferisce che l'Associazione Medica Britannica propone che gli infermieri costituiscano il primo contatto con l'utente del Servizio Sanitario Nazionale Britannico. La proposta rappresenta un brusco cambiamento della politica dell'Associazione Medica Britannica che, precedentemente infatti, sosteneva che il primo contatto doveva essere con il medico. Ora propone che, nel primo approccio, gli infermieri valutino i disturbi ed inviino al medico solo i casi gravi, gli altri utenti possono essere curati dall'infermiere o indirizzati al fisioterapista, all'assistente sociale o al farmacista in rapporto ai bisogni rilevati.
Un sondaggio d'opinione commissionato dall'Associazione Medica Britannica ha evidenziato che l'87 per cento dei pazienti consulta preferibilmente un infermiere anziché un medico se le condizioni di salute non presentano gravità. I risultati del sondaggio derivano da 1.972 interviste effettuate ad una popolazione adulta nel periodo dal 7 al 13 febbraio 2002 in ben 198 punti d'intervista in tutto il Regno Unito.
Gli infermieri già danno consigli terapeutici rispondendo alla linea telefonica diretta del Servizio Sanitario Nazionale Britannico e recentemente Alan Milburn, Sottosegretario alla salute, ha annunciato che potranno prescrivere gli antibiotici.
Il Ministro alla salute John Hutton sostiene che in Gran Bretagna ci sono molti infermieri qualificati nei servizi territoriali che potrebbero svolgere queste funzioni con il supporto di responsabili infermieristici gestori di budget.
Il dottor Ian Bogle, Presidente dell'Associazione Medica Britannica, afferma che "queste idee devono radicarsi nella realtà del funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale Britannico. Sono mirate a superare confusione, frustrazione, lavoro ripetitivo e spreco di tempo e risorse, se il primo approccio con i pazienti è affidato agli infermieri i medici possono usare la loro professionalità con maggiore efficacia, focalizzandola su funzioni che richiedono elevate capacità cliniche".
Per la dottoressa Beverly Malone, Presidente Nazionale del Royal College of Nursing l'attuale percorso di cura è molto frazionato, potrebbe essere creativo e più efficace valorizzando il ruolo degli infermieri che hanno già le capacità di trattare la vasta gamma dei disturbi e delle malattie di minor gravità di cui sono affetti gli utenti.
La proposta dell'Associazione Medica Britannica darà dunque un ulteriore slancio allo sviluppo dell'infermiere di famiglia secondo le indicazioni dell'O.M.S.

Alcune considerazioni

Nel nostro Paese molti servizi d'assistenza domiciliare distrettuale sono già orientati verso questo modello. Ad esempio nell'A.S.S. n.1 Triestina una buona parte delle richieste d'assistenza domiciliare arriva al distretto sanitario attraverso i servizi ospedalieri, i familiari, i vicini di casa, le associazioni di volontariato, in questi casi l'infermiere ha il primo approccio a domicilio, valuta i bisogni, contatta il medico di famiglia, i servizi sociali e costruisce la *rete di supporto* necessaria ad assistere l'utente a domicilio. *Della rete di supporto l'infermiere è il regista,* non solo garantisce ovviamente il piano di nursing ma anche l'efficienza dei percorsi diagnostici terapeutici a sostegno delle azioni del medico di famiglia. Tale ruolo è particolarmente efficace, ed utile anche al medico di famiglia, proprio perché l'infermiere dell'assistenza domiciliare può avvalersi delle numerose risorse dei distretti e dell'azienda sanitaria in cui opera.

Diego Canderlic, infermiere
u.o. Servizio Infermieristico A.S.S. n.1 Triestina

Comitato nazionale di bioetica
Ministero della salute
novembre 2000

Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici

Sintesi e raccomandazioni

La tutela del diritto alla salute – il quale in Italia assurge a diritto costituzionale e che deve essere inteso comprensivo della salute mentale –, implica, dal punto di vista bioetico, una preliminare riflessione sulla definizione stessa di equo trattamento e accesso alle cure alla luce dei principi della dignità dell'uomo. Tuttavia, definire (o ridefinire) i criteri per un equo trattamento dei pazienti psichiatrici richiede, a sua volta, il riferimento ad un approccio complesso che sappia contemperare il rispetto dei diritti del paziente con la sicurezza della società. Mentre il riferimento a tali diritti pone la questione su di un piano strettamente normativo, la comprensione del contesto da cui questi traggono origine può giovarsi di principi etici fondamentali e di ampio respiro quali il *principio di giustizia* (inteso come obbligo per il medico, per lo psicologo clinico e per gli altri operatori qualificati, di tener conto delle conseguenze sociali su terzi di ogni intervento sanitario e di conciliare il bene del singolo con il bene collettivo evitando ogni squilibrio e rispettando l'equità nella distribuzione delle risorse e dei servizi), il *principio di beneficialità* (inteso come dovere per il medico, per lo psicologo clinico e per gli altri operatori qualificati, di promuovere il bene del malato, tutelandone la vita e la salute anche nell'ambito della prevenzione), il *principio di autonomia* (inteso come dovere per il medico, per lo psicologo clinico e per gli altri operatori qualificati, di rispettare la libera e responsabile volontà del malato, il quale è detentore del diritto all'informazione diagnostico-terapeutica e all'espressione del consenso sino alla potestà del rifiuto).

Va osservata, in linea generale, una radicale modificazione del paradigma culturale del rapporto medico-paziente. Si vanno sostituendo e affiancando al modello tradizionale basato esclusivamente sul principio di beneficialità, quello basato prevalentemente sul principio di autonomia, rivendicando così il primato dell'autodeterminazione della persona in caso di malattia e di una alleanza terapeutica che comprende, oltre alle cure, anche il prendersi cura del malato. Non può essere sottovalutata, tuttavia, la natura asimmetrica del contratto e il carattere solo giuridico ed etico della parità dei contraenti in riferimento ai diritti personali, ferma restando comunque un'incolmabile disparità di competenze conoscitive. Se è innegabile infatti che una subordinazione oggettivante del malato è eticamente inaccettabile in quanto lesiva della dignità umana, ciò non legittima un rovesciamento della relazione, sotto pena non solo di una discutibile sottovalutazione del patrimonio scientifico-professionale ma anche del nocumento all'interesse oggettivo prioritario della tutela della vita e della salute. Il principio delle garanzie è quindi un essenziale punto di riferimento dell'etica medica contemporanea.

La *tutela della soggettività* del malato assume, quindi, nel quadro dell'etica medica contemporanea, un valore paradigmatico in quanto è condizione indispensabile per *la costruzione e lo sviluppo della libertà*, la quale va intesa essenzialmente come processo di liberazione che ha origine da un'esigenza etica fondamentale della persona. La tutela della soggettività del malato mentale ha pertanto una connotazione etica in quanto è educazione al sentirsi e al voler essere liberi e quindi promozione della libertà autentica. Un concetto di libertà così inteso risulta strettamente connesso al principio di autonomia, che è riferito al rispetto assoluto della persona. Ma ad evitare equivoci pericolosi va precisato che la tutela della soggettività del malato non consiste nel credere che egli sia libero (contro l'evidenza dei condizionamenti patologici di natura cognitiva e o affettiva) bensì nell'*aiutarlo a divenire libero*.

Essa è finalizzata al ripristino della comunicazione, compromessa o interrotta dal disturbo mentale, e rende pertanto possibile l'ascolto. Aldilà delle modalità diagnostico-cliniche dell'anamnesi, infatti, l'ascoltare e il saper ascoltare ha anche un elevato valore etico in quanto è assunzione e riconoscimento del malato non come altro da me ma come un altro io che dà significato al rapportarsi con lui e quindi a me stesso. Il valore etico dell'ascolto consiste pertanto in una scelta di auto limitazione che lo psichiatra, lo psicologo clinico e gli altri operatori qualificati, compiono espellendo la ricorrente tentazione del narcisismo e del sentimento di onnipotenza per collocarsi nella dimensione dell'incontro.
Per quanto concerne, infine, la complessa questione dei limiti intrinseci al consenso informato dei pazienti psichiatrici è necessario in primo luogo chiarire la natura graduale e mutevole della capacità/incapacità di intendere e volere. Anche nel caso della schizofrenia va tenuto presente che il percorso è estremamente vario e differenziato: tra i due estremi della cronicizzazione con grave deterioramento cognitivo e rilevante disabilità da una parte, e l'acquisizione di un accettabile condizione di salute dall'altra, vi è una vasta gamma di sfumature ove si alternano fasi di aggravamento e fasi di remissione, o un grado accettabile di stabilizzazione ben controllata. Tutto ciò comporta una radicale critica di due orientamenti estremi: l'uno volto ad escludere sempre e comunque la capacità del malato mentale a recepire correttamente l'informazione e ad esprimere un valido consenso; l'altro connotato dall'ingenuo ottimismo in senso opposto. In realtà va innanzitutto osservato che tra l'assoluta incapacità di intendere e di volere, propria della demenza, e la *normalità* vi sono una serie di gradi intermedi, dove deficit cognitivi e alterazioni affettive possono determinarne diminuzioni ma non l'assenza. Ciò non legittima comunque la rinuncia all'informazione ma comporta il criterio etico (ma anche clinico) della cautela nel vagliare caso per caso se, come, quando, fornire l'informazione e, soprattutto, una scelta puntuale delle modalità e della misura adatta al singolo paziente in riferimento alla sua situazione e al suo contesto bio-psico-sociale ed esistenziale. A questo proposito ai fini di una conciliazione tra principio di beneficialità e principio di autonomia, evitando deragliamenti ed ingenuità, è fondamentale il criterio per cui *informare è prima di tutto comunicare all'interno della relazione*.

Tali criteri e orientamenti etici devono essere considerati, nella misura in cui è possibile trovare corrispondenze tra il piano etico e quello più strettamente normativo, alla luce di alcuni diritti umani fondamentali. Va sottolineato, infatti, che alle persone affette da disturbo/disagio mentale/affettivo devono essere assicurati i diritti di tutti gli altri membri della comunità, anche indipendentemente dalla concreta possibilità di esercitarli. La particolare vulnerabilità di tali soggetti richiede infatti che sia rafforzato per essi il riconoscimento di una piena cittadinanza il quale deve essere concretamente difeso e promosso in primo luogo attraverso il rispetto di alcuni diritti e/o l'adempimento di alcuni doveri fondamentali, quali ad esempio:

– diritto a un trattamento privo di coercizioni e rispettoso della dignità umana con accesso alle più opportune tecniche di intervento medico, psicologico etico e sociale;

– diritto a che venga eliminata ogni forma di discriminazione (sessuale, culturale, religiosa, politica, economica, sociale, etnica) nelle modalità di trattamento, anche quando limitative della libertà;
– diritto a non subire nessuna forma di abuso fisico e/o psichico;
– diritto alla riservatezza;
– diritto alla protezione delle proprietà personali;
– dovere di tutela dalle conseguenze di forme di autodistruttività (autoaccuse, dichiarazioni di indegnità, etc.) nei confronti della famiglia, dei datori di lavoro, dell'autorità giudiziaria;
– dovere di realizzare condizioni ottimali di degenza e di comunicazione con l'esterno nei luoghi di ricovero;
– dovere di difendere la genitorialità, da attuarsi nel pieno rispetto del preminente interesse dei minori. A tal fine è necessario un bilanciamento tra il dovere di beneficialità nei confronti dei pazienti e l'interesse del minore ad una crescita sana ed equilibrata.

Per quanto concerne invece più specificatamente la questione dell'assistenza ai pazienti psichiatrici in Italia, è opportuna una considerazione di carattere generale sulla legge n. 180 del 1978, poi trasferita negli art.33, 34 e 35 della L. 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. La legge n. 180 rappresenta certamente una conquista scientifica, culturale e civile, in quanto ponendo fine all'istituzione manicomiale e aprendo nuove strade all'organizzazione di un sistema di assistenza sanitaria senza manicomi, ha costruito le condizioni per restituire piena cittadinanza ai pazienti psichiatrici. Il modello italiano, patrocinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha influenzato le politiche di salute mentale in molti altri paesi, tese a sostituire i manicomi con forme di assistenza territoriali più efficaci ed efficienti. Tuttavia, a distanza di oltre venti anni dalla sua entrata in vigore, è quanto mai necessaria una seria riflessione sulla sua concreta applicazione, al di là del pur importante completamento della chiusura degli Ospedali Psichiatrici. Tale chiusura, infatti, a causa dell'assenza o del cattivo funzionamento delle strutture alternative, come per es. i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura negli ospedali (quali strutture intermedie tra territorio e ospedali), rischia di produrre nuovi problemi, in primo luogo sulla salute del singolo, ma anche sull'equilibrio, sull'economia e sulla stessa salute della famiglia, a cui rimane il maggior onere, spesso insopportabile, di sostegno del congiunto sofferente. Infatti nei casi in cui i servizi non sono in grado di fornire programmi terapeutico-riabilitativi territoriali realmente efficaci, con un profondo impegno verso il paziente, le famiglie restano i referenti principali dell'assistenza, e ciò dà luogo spesso all'abbandono o anche all'innesco di reazioni violente, che sono talvolta all'origine di gravi fatti di cronaca. Simili fenomeni riattivano mai sopiti pregiudizi sulla malattia mentale e stigmatizzazioni del paziente psichiatrico, che si prestano a facili strumentalizzazioni, tese a far crescere nell'opinione pubblica e nel mondo politico il disagio per la "pericolosità sociale" del malato di mente e la conseguente richiesta di un suo maggiore controllo, che ancora una volta potrebbe essere attuato in modo coercitivo, e quindi non terapeutico e rispettoso dei suoi diritti.

Da un simile quadro emergono alcune questioni di fondamentale importanza che chiamano in causa direttamente la responsabilità delle istituzioni nell'applicazione della legge n. 180. Tali aspetti riguardano in particolare:

– la migliore formazione degli operatori psicosociali e dei medici di base;
– la creazione di strutture riabilitative a diversi livelli di protezione;
– una maggiore attenzione per l'assistenza psichiatrica dei minori, in particolare per il disagio mentale che si evidenzia in adolescenza;
– la creazione di strutture riabilitative per i minori;
– un maggiore intervento nella prevenzione e nella diagnosi precoce;
– la presa in carico di malati gravi che rifiutano sia le cure mediche che quelle psichiatriche e sono a rischio di comportamento violento;
– l'informazione e discussione pubblica per la lotta al pregiudizio verso il malato mentale.

A tal proposito si raccomanda l'applicazione del Progetto obiettivo «Tutela della salute mentale» 1998-2000. Si tratta infatti di un provvedimento che se realmente applicato può contribuire a risolvere molti dei problemi dell'assistenza psichiatrica ed aumentare il livello di efficacia e qualità dei servizi, fornendo un contributo decisivo per lo sviluppo di quel *laboratorio italiano* che nel campo della salute mentale ha destato, in molti paesi, vasto apprezzamento e interesse. Più in particolare, il Progetto obiettivo salute mentale 1998-2000 ha il merito di avere affrontato in modo corretto la questione della prevenzione nei gruppi a rischio sia riguardo alla malattia mentale che ai suoi possibili esiti suicidari, sia all'educazione alla salute mentale, sia all'intervento precoce. Per quanto concerne in particolare la salute mentale del bambino, merito del Progetto obiettivo è quello di avere riconosciuto la continuità evolutiva dell'individuo dall'infanzia all'età adulta, pur essendo carente di una previsione esplicita di interventi per pazienti adolescenti. Va inoltre osservato che è assente una chiara distinzione tra le aree della psichiatria, della psicologia, della neuropsicologia e della riabilitazione soprattutto in riferimento alla differenza di obiettivi, metodi e organizzazione degli interventi, con ricadute negative nell'assistenza anche in ambito psichiatrico. Si sottolinea infine positivamente la delineazione di un *patto per la salute* volto a coordinare ed integrare le agenzie formali ed informali che, a vario titolo, possono contribuire a costruire un progetto di salute mentale di comunità. Il Progetto obiettivo prevede inoltre che l'Istituto Superiore di Sanità promuova ricerche volte a valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione primaria. Esso prevede infine che gli Istituti Universitari di psichiatria assumano la responsabilità operativa di almeno un modulo di Dipartimento di Salute Mentale, cioè la responsabilità di tutte le strutture territoriali e ospedaliere necessarie ai servizi di salute mentale di una comunità di circa 150.000 abitanti. Tale disposizione è l'unica che garantisca una formazione qualificata degli operatori in psichiatria e che possa collegare la ricerca attivata nel campo osservazionale fornito dal territorio alle prove dell'efficacia pratica degli interventi. Tale acquisizioni, per la loro oggettiva importanza, sono destinate nei prossimi anni a cambiare il volto dell'assistenza psichiatrica.

In questa prospettiva, il CNB formula le seguenti raccomandazioni di carattere più specifico.

Destinare e utilizzare da parte delle istituzioni nazionali e regionali, anche tenendo conto dell'importanza che l'O.M.S. attribuisce alla salute mentale, i Fondi sanitari nazionali e regionali necessari ad istituire almeno tutti i servizi previsti dal Progetto obiettivo.

Dare maggior diffusione a informazioni semplici e corrette sulle malattie mentali anche nelle scuole ed evitare il rischio di interpretazioni riduzionistiche della malattia mentale. Più in generale, si raccomandano l'equilibrio e la comprensione della complessità bio-psicologico-sociale della malattia mentale.

Promuovere una campagna nazionale periodica di lotta allo stigma e al pregiudizio nei confronti delle persone affette da disturbi e disagi psichici al fine di rendere effettivo il rispetto dell'uguaglianza, del diritto all'informazione e la lotta alla discriminazione.

Riesaminare il concetto di incapacità collocandolo nel continuum compreso tra gli estremi della normalità e della perdita totale di ogni abilità cognitiva. Anche sotto il profilo giuridico infatti va osservato che la maggior parte dei disturbi psichiatrici riducono ma non abolischono la capacità di intendere e di volere. Si raccomanda di conseguenza la revisione degli istituti civilistici dell'interdizione e dell'inabilitazione per realizzare forme di tutela più flessibili rispetto alle attuali, che tengano conto delle nuove esigenze di protezione del sofferente psichico e ne evitino la stigmatizzazione. In particolare si sottolinea l'opportunità, alla luce dell'esperienza degli altri paesi europei, di introdurre anche nell'ordinamento italiano l'istituzione della figura dell'amministratore di sostegno.

Concludere il processo di superamento dei manicomi pubblici e privati. Occorre tuttavia va-

lutare in ogni singolo caso che le alternative nate dall'esigenza di far fronte all'emergenza non conservino di fatto caratteristiche ancora manicomiali. Va inoltre sottolineato come la presenza, attualmente, di 9 manicomi privati che contengono circa duemila internati non abbia, ad oltre venti anni di distanza dall'avvio della de-manicomializzazione a seguito della 180, alcuna giustificazione sotto il profilo etico e clinico.

Assicurare alla famiglia un supporto sufficiente ad assumere, in collaborazione con l'equipe curante, se indicato, un ruolo attivo nel programma terapeutico/riabilitativo del congiunto, in un percorso di autonomizzazione dello stesso. Garantire una organizzazione di riferimento, anche notturno e festivo, per le emergenze.

Svolgere un'attività continua di prevenzione primaria e secondaria del disturbo e del disagio mentale/affettivo a cominciare dagli aspetti biologici e affettivo relazionali partendo dal periodo perinatale e per tutto il ciclo di vita, assicurando le migliori condizioni educative, lavorative, di sicurezza sociale, di assistenza sanitaria; formulare una diagnosi precoce e presa in carico dei giovani dai primi sintomi significativi; attivare qualificati programmi nelle scuole in collaborazione con le famiglie che, senza suscitare ingiustificati allarmi e rischi di "psichiatrizzazione", aiutino a riconoscere e a prevenire il disagio e il disturbo mentale. Le patologie psichiatriche dell'adulto, infatti, hanno quasi sempre le loro radici nell'età evolutiva ed i problemi psichiatrici in età adulta saranno più o meno rilevanti in rapporto alla qualità delle cure fruite in quella fase della vita. Simili iniziative sono quindi indispensabili alla concreta realizzazione del diritto alla salute (che si attua anche grazie alla prevenzione), all'accesso alle cure, e a sostenere e promuovere la solidarietà verso i soggetti a rischio.

Garantire una particolare attenzione ai segnali diretti e indiretti del disagio mentale dei soggetti in età evolutiva, al fine di rilevare il disagio sommerso; dare garanzia di diversi livelli di assistenza delle situazioni acute e la riabilitazione per i quadri consolidati. Per l'età evolutiva, favorire le attività assistenziali di day hospital e di ambulatorio, limitando il ricorso alla degenza. Purtuttavia è necessario garantire un numero adeguato di posti letto per l'emergenza-urgenza psichiatrica e per le acuzie che richiedono assistenza continua e osservazione prolungata, in strutture, diverse dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, idonee alle necessità assistenziali e di protezione, ma anche ai bisogni e ai diritti specifici di questa fascia di età.

Garantire e mantenere la presa in carico dei casi più gravi e difficili anche quando il trattamento non viene accettato dai diretti interessati. Si richiamano in tal senso i principi generali di tutela della dignità del malato mentale, il parametro rischi/benefici come regola generale dei trattamenti evitando gli estremi dall'accanimento terapeutico e dell'abbandono.

Definire i parametri nazionali di accreditamento per le strutture per la salute mentale. Il controllo della qualità dei servizi è infatti esso stesso un criterio di garanzia di un equo trattamento e di congrua allocazione delle risorse destinate alla salute. Le 65 case di cura neurospichiatriche (con 7149 posti letto autorizzati di cui 6144 accreditati o convenzionati, cioè finanziati dalle Regioni) devono essere indirizzate a evitare che si produca una cronicizzazione dei malati e a riconvertirsi, per quanto possibile, in strutture riabilitative residenziali e aperte, che abbiano un rapporto operativo possibilmente con uno o due dipartimenti di salute mentale.

Impegnare e sostenere i medici di famiglia in considerazione dal fatto che molti pazienti si rivolgono ad essi per problemi più o meno rilevanti di salute mentale. Il medico di medicina generale deve essere posto in grado di riconoscere la condizione di sofferenza mentale, di saperne valutare natura e gravità, e di potersi rivolgere ai servizi psichiatrici sia per consulenze, sia per individuare precocemente le situazioni più serie che richiedono interventi specialistici.

Assicurare la formazione dei medici, dei pe-

diatri di base, degli operatori psicosociali, degli infermieri professionali, degli assistenti sociali, degli educatori professionali e volontari. A tal fine è necessario accrescere le conoscenze bioetiche di tutti gli operatori e definire alcuni obiettivi minimi affinché una formazione possa dirsi efficace ed eticamente fondata, tra cui: ai bisogni di salute degli utenti deve essere garantita maggiore attenzione che non alle esigenze degli operatori; deve essere mantenuta un'apertura all'integrazione delle competenze e dei contributi delle diverse figure professionali; devono essere forniti strumenti adeguati alla gestione, da parte degli operatori, delle diverse dimensioni dell'individuo, della famiglia, del gruppo e della comunità, nonché alla promozione della salute mentale nella comunità quali l'elaborazione e realizzazione di specifici programmi di salute mentale; particolare attenzione, inoltre, deve essere dedicata alla ricerca e alla formazione sui problemi bioetici della tutela della salute mentale.

Riconoscere il diritto alla sessualità dei pazienti psichiatrici pur nell'opportunità di studiare modalità di intervento per l'informazione e la responsabilizzazione nei confronti della loro vita sessuale.

Rivedere il sistema dei ticket sui farmaci per garantire che i farmaci di nuova generazione (come gli antipsicotici atipici) che hanno provata efficacia e minori effetti secondari, siano accessibili a tutti.

Rivedere la natura e i compiti delle istituzioni "Ospedale Psichiatrico Giudiziario" e delle leggi relative e promuovere un intervento del Ministero della Giustizia affinché attivi una convenzione con strutture specifiche per i minori autori di reato e affetti da patologie psichiatriche. Più in particolare, va sottolineato che gli attuali Ospedali psichiatrici giudiziari sono sia dal punto di vista istituzionale che sanitario in netta contraddizione con la legge n.180 e con un moderno modo di concepire l'intervento in salute mentale.

Prevenire, attraverso strutture e interventi adeguati, il rischio che i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura reiterino la prassi manicomiale con la conseguenza di favorire la cronicizzazione e non il recupero della malattia. Più in particolare, la contenzione meccanica deve essere superata in quanto lesiva della dignità del paziente;

Provvedere a che i Dipartimenti di salute mentale, come stabilito dal recente DGL. 239/99, svolgano il servizio di assistenza sanitaria in carcere. La tutela dell'integrità psico-fisica del detenuto è infatti un elementare dovere di giustizia e, inoltre, condizione indispensabile ad ogni possibile riabilitazione. Le carceri dovranno essere luoghi in cui la vita quotidiana non divenga essa stessa causa di disagio e disturbo mentale e che rendano possibile fornire aiuto psichiatrico. Va osservato inoltre che le alternative al carcere –incluso l'affidamento al Dipartimento di salute mentale- si sono rivelate, nei paesi che le hanno adottate quali ad esempio la Svezia, molto efficaci quali misure sostitutive alla detenzione.

Conclusioni

Le leggi della Repubblica, dalla Costituzione fino ai progetti obiettivo «Tutela della salute mentale» affermano che lo Stato garantisce l'esercizio del «diritto alla salute», e quindi del *diritto alla salute mentale.* Ma, l'esperienza della riforma ed ancor prima quella della legge istitutiva dei manicomi evidenziano come le leggi di per sé non siano capaci di produrre efficacia nel campo della salute mentale. E questo perché l'esercizio del diritto alla salute mentale dipende fortemente dalle culture e dagli assetti delle relazioni sociali nelle realtà locali, dal livello della formazione professionale e delle competenze espresse dai singoli operatori e dai gruppi di operatori, dagli indirizzi degli amministratori locali e dei manager. Come è apparso dalla trattazione precedente emerge che la gran parte dei problemi inerenti alla salute mentale è gestita faticosamente dalle persone che ne soffrono, da sole, in famiglia, con i pari, con i medici di medicina generale, nel circuito dei medici e degli psicologi privati e nelle dimensioni della religiosità popolare dove la ricerca della salvezza è anche speranza di riconquistare la salute. Al servizio sanitario pubblico si rivolgono le *situazioni* definite *gravi*, quelle

più drammatiche, dal punto di vista della sofferenza individuale e famigliare, più allarmanti dal punto di vista sociale e a maggior rischio di isolamento ed emarginazione. Spesso succede che i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) non si facciano adeguatamente carico, nella loro complessità e per la loro durata, delle situazioni che abbiamo definito "gravi" finendo coll'abbandonarle o alle famiglie o a un circuito assistenziale povero di risorse quando non francamente neo-manicomiale.

È stato proprio per rispondere a tali questioni che, anche in Italia, si è pensato che un'organizzazione dei servizi che si rifà alla *Psichiatria di Comunità* fosse, rispetto al manicomio, più efficace e rispettosa della dignità della persona. La Psichiatria di Comunità comporta l'opera di un'équipe multiprofessionale insediata in un determinato territorio, in condizione di intervenire *nelle 24 ore al domicilio, in ambulatorio, in ospedale, in residenze a vario grado di protezione, orientata alla riabilitazione,* collegata con i Comuni e gli altri servizi sanitari, in stretta interazione con le associazioni degli utenti e delle famiglie, capace di accedere alle opportunità disponibili di formazione professionale, lavoro, cultura, assistenza, tempo libero. I trattamenti intervengono sui livelli biologico, psicologico, sociale, pedagogico, culturale.

Per ovviare alle condizioni di abbandono delle situazioni gravi e in generale sul tema dell'assistenza psichiatrica e alla sua cronica carenza di risorse umane, strutturali e finanziarie, è indispensabile un intervento forte da parte delle Regioni per un rinnovato impegno sul punto cruciale del disagio, dando un segnale positivo alle famiglie e all'opinione pubblica.

Dato per acquisito, ma non per scontato, che tutte le Aziende Sanitarie abbiano reso disponibili le risorse per sostenere le attività delle équipes multiprofessionali dei Dipartimenti di Salute Mentale e che gli stessi dispongano degli spazi e degli strumenti necessari al loro lavoro, la condizione più importante perché quelle che abbiamo definito le situazioni gravi trovino una gestione rispettosa dei diritti e della dignità della persona e delle famiglie è costituita dal fatto che i dirigenti e gli operatori assumano la *responsabilità della presa in carico.* Questo perché l'assistenza psichiatrica si misura quotidianamente con alti livelli di sofferenza delle persone e delle famiglie, la forte stigmatizzazione sociale delle stesse, i problemi della tutela, della libertà di scelta e del consenso ai trattamenti fino al limite della coazione, con l'esigenza di continuità della "presa in carico" di lunga durata nei progetti di riabilitazione psico-sociale, con la singolarità e la molteplicità delle concezioni del mondo delle persone, dei gruppi e delle culture. In ragione di tali peculiari caratteristiche e dell'obiettivo di assicurare alla persona malata di mente i trattamenti ottimali disponibili, Aziende Sanitarie, Organizzazioni Professionali e Società Scientifiche devono garantire la continuità della formazione, la verifica della qualità delle prestazioni di tutti gli operatori e la valutazione degli esiti dei trattamenti a livello dei Dipartimenti di Salute Mentale e della Medicina di Distretto. Ci si riferisce quindi non solo a Medici e Psicologi, ma anche a Infermieri Professionali, Educatori Professionali, Assistenti Sociali, Operatori socio-sanitari e socio-assistenziali. Nuovi obiettivi da perseguire da parte delle Regioni e delle Aziende Sanitarie sono poi quelli dell'informazione e della formazione rivolte agli utenti ed alle famiglie, a sostegno dell'auto-aiuto e di un associazionismo ed un volontariato sempre più autorevoli e competenti.

In questo contesto di ragioni, i termini *federalismo, regionalismo* e *localismo* significano l'assunzione di responsabilità piena da parte degli amministratori e dei manager delle Aziende Sanitarie rispetto alle garanzie da dare per le attività di salute mentale in tutte, nessuna esclusa, le comunità locali.

Roma novembre 2000

Ricerca e nursing

Acudetox

Un esempio di nursing creativo

Marinella Sigmund

Ippocrate, il padre della medicina, diceva che la natura è medicina e che la medicina è la serva della natura e la gente che coniò il proverbio «*la natura cura le malattie, ma il medico riceve il compenso»,* la pensava allo stesso modo.
Di fatto il corpo umano ha il miracoloso potere di rigenerarsi e di riposarsi, e lavora per ripristinare l'equilibrio una volta che è stato disturbato.
Con il passare del tempo, tuttavia, l'uomo andò perdendo la fiducia, se non addirittura la coscienza del suo potere di auto-guarigione.
Ciononostante, il nuovo millennio si apre in controtendenza, dando largo spazio alla medicina non convenzionale, più umana e responsabilizzante, fondata sull'olismo, che incoraggia la gente a diventare conscia delle miracolose forze inerenti al proprio corpo e a trarne vantaggio.
L'uomo occidentale, dunque, sta riacquistando piena coscienza del proprio corpo, inteso come riflesso e manifestazione della mente, e delle intime relazioni che intrattiene con l'universo e le leggi che lo regolano; sta riscoprendo individualmente e collettivamente gli aspetti e i meccanismi affascinanti che ne governano l'esistenza.
All'aggressività della medicina ortodossa si preferisce sempre più spesso ricorrere ad approcci preventivi e dolci che riconoscano le risorse individuali e l'enorme potenziale di guarigione di cui è dotato il corpo.
L'uomo ha la possibilità di scegliere il trattamento a lui più adatto per il recupero della salute o semplicemente per il mantenimento della stessa e l'intervento dell'infermiere può essere determinante nell'indirizzare l'utente.
In virtù di questo ruolo così importante e delicato, è auspicabile che l'infermiere arricchisca il suo bagaglio culturale appropriandosi dei principali elementi che definiscono le diverse branche della medicina non convenzionale, tenendo in debito conto che essa non rappresenta una moda passeggera ma un indispensabile supporto ad una professione che è in continuo divenire.
Nell'ambito della medicina non convenzionale, rientra l'«Acudetox», un protocollo terapeutico che si basa essenzialmente sull'applicazione di cinque semplici aghi a livello auricolare (auricoloterapia) e prende origine dalla millenaria tradizione cinese.
Da un trentennio, questo protocollo è parte integrante del *nursing creativo internazionale*, e da un decennio circa, rientra nell'ambito sanitario italiano nel campo delle dipendenze da droghe legali ed illegali.
Prima di addentrarci nel cuore dell'argomento, si rende necessario un accenno introduttivo circa i concetti di base propri dell'agopuntura tradizionale da cui prende origine l'auricoloterapia e, conseguentemente, l'*Acudetox*.
L'agopuntura è un'antica forma di terapia propria della medicina tradizionale cinese che va ad agire direttamente sul sistema energetico umano. La sua nascita viene fatta risalire all'età neolitica (8000 - 5000 a.C.), quando per curare le malattie, si faceva ricorso a pietre levigate, in seguito sostituite da aghi di bambù e di bronzo, con i quali si andava a stimolare particolari punti della superficie del corpo che avevano, effetti terapeutici specifici su varie altre parti del corpo, inclusi gli organi interni, la circolazione del sangue, il sistema nervoso e i tessuti muscolari degli arti.
Il primo testo conosciuto sull'agopuntura è il *Nei Ching* o *Classico di medicina interna dell'imperatore Giallo,* scritto probabilmente durante il regno dell'imperatore Huang Ti (2697 - 2596 a.C.) che delinea esaurientemente un metodo sistematico e completo di terapia rappresentante la base a tutti gli ulteriori sviluppi di questa scienza.
Questo testo imponente, composto sotto forma di dialogo tra l'imperatore e il suo medico personale Chi Po illustra i principi classici, sotto il profilo terapeutico e diagnostico, della medicina tradizionale cinese e contiene le primissime indicazioni sull'impiego dell'agopuntura.

In esso, vennero posti in luce per la prima volta alcuni importanti modelli e paradigmi teorici:

– Il *Qui*, che è l'energia vitale da cui dipende ogni essere vivente e che trascende il concetto di energia puramente fisica di matrice occidentale;
– Lo *Yin* e lo *Yang*, ossia due principi, che trovano la propria ragione d'essere nel loro contrapporsi l'uno all'altro, distinti, individuali e al tempo stesso inseparabili, inscindibili, la cui costante interazione dinamica si manifesta all'interno di ogni oggetto esistente. Lo Yang è il principio causativo, attivo, creativo cioè la vita; lo Yin è il principio risultante, passivo, distruttivo ossia la morte. In termini medici, l'interazione di Yin e Yang è la base dell'energia che pervade e attiva il corpo, e uno squilibrio nella relatività dell'energia di Yin e Yang è visto come la radice di tutta la patologia.
– I *Cinque Elementi*, dati da *Fuoco*, *Terra*, *Acqua*, *Metallo* e *Legno*, che rappresentano una condizione energetica momentanea nell'ambito della manifestazione dei processi naturali. Secondo la medicina cinese, l'importanza di ognuno dei cinque elementi è ravvisabile solo attraverso l'aggiunta dei *dieci organi* ai quali essi corrispondono: al Legno appartiene l'organo Yin del Fegato e l'organo Yang della Cistifellea, alla terra l'organo Yin della Milza/Pancreas e l'organo Yang dello Stomaco, al Metallo l'organo Yin dei Polmoni e l'organo Yang dell'Intestino Crasso, mentre all'Acqua appartiene l'organo Yin dei Reni e l'organo Yang della Vescica. In tale contesto il compito dell'ago-puntore consiste nel ripristinare l'equilibrio energe-tico dei Cinque Elementi nei corrispondenti organi qualora si manifesti una malattia.

Figura 1: immaginando il padiglione come un accogliente grembo materno, gli agopunti auricolari corrispondono a determinati punti od organi del corpo.

– La *teoria dei Meridiani*, secondo la quale il corpo è percorso da minuti sentieri, definiti meridiani, dove circola l'energia vitale Qui. Questi formano un reticolato che costituisce la sagoma dell'intero corpo umano e per tutta la loro lunghezza sono stati identificati più di ottocento punti vitali, nella pratica generale, tuttavia, ne vengono utilizzati meno di cinquanta per la cura delle malattie più comuni.

L'agopuntura è rimasta sconosciuta all'occidente sino all'epoca moderna, tanto che bisogna attendere il diciassettesimo secolo per avere i primi resoconti europei su questa antica metodica terapeutica orientale. Questi testi furono redatti in buona parte dai missionari Gesuiti inviati in Cina per introdurre in oriente le dottrine fondamentali del Cristianesimo. Mentre le loro difficoltà furono inferiori a quanto non si sperasse, il loro fallimento fu di vantaggio all'occidente, perché i loro incredibili resoconti di medici cinesi che curavano le malattie inserendo aghi nella superficie della pelle segnarono l'introduzione dell'agopuntura in occidente e provocarono in molti medici occidentali il desiderio di sapere di più su questo insolito metodo di terapia. Non possedendo alcuna fonte da cui far derivare una conoscenza applicabile, i medici occidentali potevano soltanto teorizzare sulle cause sottostanti agli spettacolari risultati di tali, apparentemente semplici, misure terapeutiche.

Appena nel 1928, si ebbe finalmente una solida base su cui studiare questa antica scienza grazie agli sforzi di *Souile de Morant*.

Questi, sinologo e diplomatico francese, dopo essere stato console in Cina dove aveva completamente appreso i principi dell'agopuntura, come risultato della sua stretta amicizia con molti medici cinesi, si prodigò, una volta tornato in patria, alla traduzione in francese di antichi manoscritti cinesi.

A partire da quel momento l'interesse per l'agopuntura e per le discipline da essa derivanti si è esteso a macchia d'olio in Europa ed in America, in modo particolare l'attenzione del mondo medico occidentale venne catalizzata, negli anni cinquanta, dall'*Auricoloterapia,* ossia l'agopuntura dell'orecchio. È stato l'im-

pegno e l'abnegazione di un medico francese, *Paul Nogier* e di suo figlio *Raphael* a porre in luce questo particolare tipo di metodica terapeutica fino ad allora poco conosciuta o del tutto ignorata. L'auricoloterapia elaborata in Cina e poi sviluppatasi in Francia ad opera di questi due luminari, parte dal concetto secondo cui tutto il corpo si riproduce in piccolo nel padiglione auricolare, e pertanto i punti dell'orecchio corrispondono a determinati punti ed organi del corpo (fig.1). Si basa, come altre forme di agopuntura, sul principio *pars pro toto,* ovvero sul concetto secondo cui il corpo è interamente rappresentato in singole parti di esso. Pertanto, la presenza di particolari patologie si riflette in una notevole sensibilità di una certa area dell'orecchio. Essa può essere utilizzata come terapia di sostegno nell'ambito di quasi tutte le manifestazioni patologiche attraverso la stimolazione del punto corrispondente all'organo malato e si dimostra particolarmente efficace nel trattare patologie di matrice psichica e nelle manifestazioni dolorose in genere. In virtù delle sue finalità terapeutiche è stata adottata a partire dagli anni Settanta, prima ad Hong Kong poi negli Stati Uniti, per trattare la privazione acuta della droga e l'*Acudetox* rappresenta il risultato finale di quei primi tentativi di un approccio alternativo al difficile e problematico paziente tossicodipendente.

Il protocollo Acudetox è stato affinato ed esteso presso il *Lincoln Hospital* di New York, sito nel South Bronx, dove alcolismo e tossicodipendenza sono endemici da molti anni. Fiero sostenitore di questa tecnica di chiara impronta orientale è stato il direttore della Divisione dell'Abuso di Sostanze dell'ospedale, il dottor *Michael O. Smith*, che dopo aver letto la ricerca del dottor *H.L.Wen* di Hong Kong riguardo al trattamento dell'abbandono dell'eroina con l'agopuntura ed interessato alle potenziali alternative al trattamento con metadone, cominciò ad assumere dottori cinesi al Lincoln Hospital per sperimentare prodotti diversi per il trattamento della dipendenza da eroina. Nel 1975, il protocollo Acudetox era ormai divenuto una caratteristica permanente del Lincoln Program, non solo per la dipendenza dall'eroina, ma anche per i pazienti alcolizzati. Lo si può definire come una terapia non farmacologica, a bassa soglia, a buon mercato per il singolo e la comunità, efficace nella polidipendenza. Si tratta di cinque sottili aghi infissi su entrambe le orecchie senza dolore. Questi aghi vengono inseriti nella conca dell'orecchio bilateralmente in cinque posizioni come elencato di seguito (fig.2).

1) Punto *Shen Men*, che calma la mente, tratta l'insonnia, l'agitazione, l'ansia, diminuisce la depressione e il craving (craving: intenso desiderio di una data sostanza); può togliere i sogni ossessivi di sostanze.
2) Punto *Simpatico*, che riequilibra l'attività del sistema nervoso simpatico, regola la frequenza respiratoria e cardiaca; ha azione antispasti-ca ed antidolorifica.
3) Punto *Rene*, che stimola le ghiandole surrenali-che aumentando la risposta allo stress e la forza di volontà.
4) Punto *Fegato*, che migliora la funzionalità epatica ed ha un effetto anti-craving.
5) Punto *Polmone*, che agisce su sintomi quali brividi, rinorrea e sulla depressione.

Figura 2

Gli aghi d'acciaio inossidabile usa e getta, confezionati singolarmente in contenitori sterili vanno inseriti ad una profondità di due millimetri e lasciati in loco per cinquanta minuti. La sindrome di astinenza acuta, oppure la possibilità di incominciare una terapia metadonica a scalare possono costituire la molla che convince il paziente alla terapia. Gli aghi sono una metodica terapeutica non farmacologia che offre subito un risultato costante, ripetibile, affidabile, rompendo il circolo vizioso dell'assunzione di sostanze, siano esse droghe o terapia, e la conseguente inevitabile astinenza.
Il trattamento con Acudetox calma, diminuisce l'ansia, riduce i sintomi d'astinenza da qualsiasi sostanza, stabilizza e rilassa ma lascia la mente libera e consapevole. Si tratta di una terapia non verbale, precede le parole, ponendo solide fondamenta su cui costruire la successiva verbalizzazione. In effetti la comunicazione verbale all'inizio del trattamento è spesso difficile in particolare col paziente in

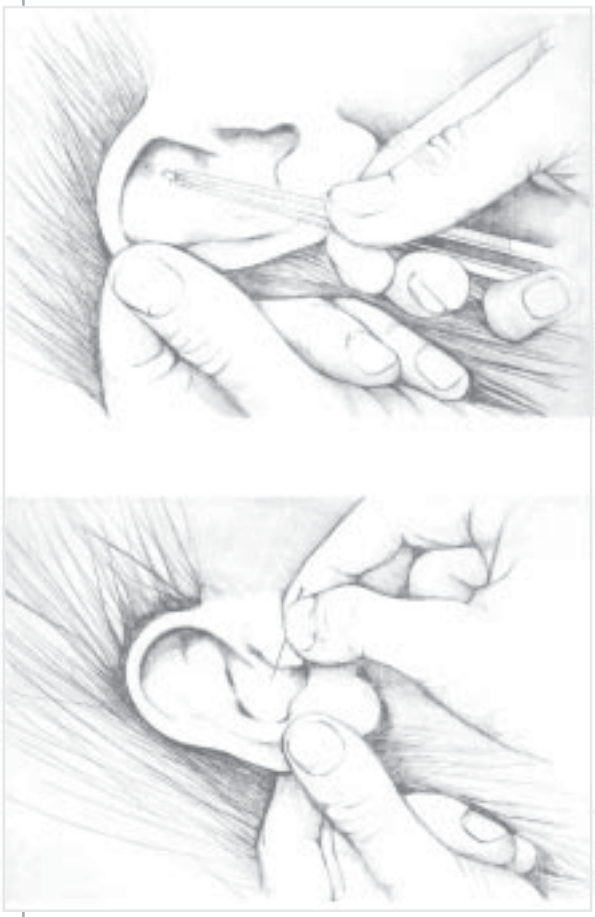


Figura 3: tecniche di applicazione

astinenza che cerca di risolvere disperatamente il suo malessere, di stare subito fisicamente meglio piuttosto che iniziare un confronto verbale su un problema tanto intricato. In questa fase i pazienti chiedono fatti, non parole; senza parole non c'è minaccia, si possono superare le barriere sociali e culturali, non ci si sente giudicati, ma piuttosto presi in cura, qualsiasi cosa sia successa in passato. Ed è esattamente questa la finalità dell'Acudetox; un aiuto immediato ai problemi fisici del paziente tossicodipendente che lo rende conseguentemente più disponibile e ricettivo ad un successivo supporto di tipo psicologico. l'Acudetox lascia spazio al silenzio, ad una gestualità lenta e rispettosa, al totale e fiducioso abbandono del corpo. Per questo trattamento bastano, oltre alla formazione iniziale del personale, cui ci pensa l'associazione NADA, fondata dal dott. Smith nel 1985, una stanza attrezzata con sedie comode, alcool, cotone e dieci aghi monouso per seduta, il cui costo corrisponde ad euro 0.52 circa/paziente/die (ossia meno delle "vecchie" 1000 lire/paziente/die).
Pur giovando alla maggior parte delle persone che richiedono un trattamento, la maggior efficacia la manifesta in pazienti dipendenti da cocaina, eroina ed alcool, che resistono al trattamento iniziale. I beneficiari tipici sono quanti:

- hanno bisogno di un intervento immediato per problemi di abuso di stupefacenti;
- non sono inizialmente ricettivi ad interventi verbali, interpersonali o di counseling a causa dell'uso continuo di droghe o per la presenza dei sintomi di astinenza;
- rifiutano i trattamenti classici;
- stanno male e soffrono di ansietà, depressione e degli altri sintomi tipici dell'astinenza;
- richiedono un'opportunità semplice, non minacciosa e strutturata, per cominciare a lottare con i problemi dovuti all'abuso di droghe prima di impegnarsi in un trattamento più formale.

Gli effetti del trattamento si riflettono sui pazienti nel seguente modo:

- i pazienti provano una diminuzione del bisogno fisiologico della droga insieme a tutti gli altri sintomi associati all'astinenza;
- riconoscono maggiormente il bisogno di es-

sere liberi da droghe e di affrontare la loro resistenza;
- comprendono e apprezzano la loro capacità di astenersi dall'uso di droghe ed accettano il concetto di trattamento e di aiuto;
- si impegnano maggiormente in altri trattamenti e terapie;
- partecipano a gruppi di supporto e di autoaiuto;
- acquistano conoscenza sulle ricadute e sulle tecniche di prevenzione di queste, compreso il bisogno di rientrare rapidamente in trattamento dopo la ricaduta;
- accedono agli altri servizi necessari: sanitari, psichiatrici, sociali e professionali;
- infine cessano di drogarsi.

Il protocollo Acudetox può essere usato anche per la dipendenza da tabacco. Questa azione è stata notata in maniera casuale, tossicodipendenti o alcolisti in trattamento con Acudetox hanno segnalato un minor bisogno e consumo di sigarette. Il trattamento va ad agire sul bilanciamento dei neurotrasmettitori contrastando, quindi, anche i sintomi da astinenza da nicotina. Spesso i forti fumatori tendono, quando smettono di fumare, ad aumentare il cibo o gli alcolici, correndo il rischio di passare da una dipendenza all'altra, l'approccio con l'Acudetox permette loro di affrontare in maniera più globale il problema ed evita pericolosi eccessi di altre sostanze.
Nella speranza di aver dato una visione globale, esauriente ma non prolissa, di questa metodica terapeutica e delle sue origini, desidero chiudere il mio elaborato con poche frasi che sintetizzano le fondamenta ideologico-filosofiche della medicina non convenzionale: «*Noi non siamo venuti al mondo, siamo venuti da esso,come i germogli da un ramo e come le farfalle dai bozzoli. Noi siamo un prodotto naturale di questa terra, e se ci è capitato di diventare degli esseri intelligenti, può essere soltanto perché siamo frutti di una terra intelligente, che a sua volta è nutrita da un sistema energetico intelligente.*»

Marinella Sigmund, Infermiera

Bibliografia consigliata

Brumbaugh Alex G., Acupuncture: New Perspectives in Chemical Dependency Treatment. Journal of substance Abuse Treatment, 1993

Bullock Milton L., Culliton Patricia D., Olander Robert T., Controlled trial of acupuncture for severe recidivist alcoholism, The Lancet, june 1989, (8): 1435-1439

Caspani Franco, Auricoloterapia. Como: RED edizioni, quarta edizione, 1993

Chang Stephen Thomas, Guida all'agopuntura. Milano: ARMENIA editore, 1980

Cottraux Jean A., Harf Raoul, Boissel Jean Pierre, Schbath Jacques, Bouvard Martine, Gillet Joëlle, Smoking cessation with behaviour therapy or Acupuncture a controlled study, Behaviour Research and Therapy, Oxford, 1985, 21 (4), 417-424

Martinelli Giuseppe, Trattato di agopuntura cinese (seconda edizione). Vicenza: editrice CISSAM, 1975

Molsberger Albrecht, Agopuntura quando e perché. Milano: XENIA edizioni, 1975

Nogier P.M.F., Introduzione pratica a l'auricoloterapia. Torino: Edizioni Libreria Cortina, 1999

Oleson Terry, Ph. D., Auricolotherapy manual: Chinese and western systems of ear acupunture (second edition). Los Angeles: Health Care Alternatives, Inc. 1998

Rotolo Grazia, Picozzi Giulio, Acudetox. Milano: edizioni FCE

Van Nghi Nguyen, Patogenesi e Patologia

Vandevenne A., Rempp M., Burghard G., Kuntzmann Y., Jung F., Etude de l'Action spécificque de l'Acupncture dans le cure de sevrage tabagique, Semaine des Hôpitaux de Paris, 1985, 61 (29): 2155-2160

L'altra cura

La cromoterapia

Luisa Zorzin

Sulla scia delle correnti New-Age è andato sempre più affermandosi, anche nella nostra città, l'utilizzo di tecniche alternative di cura che non fanno ricorso alla medicina tradizionale, perché la ritengono utile ma, per certi versi, anche dannosa per gli effetti collaterali, e in tal senso non sempre indispensabile. Si sta diffondendo pertanto l'interesse verso la cura *dolce e naturale* che agisce soprattutto attivando il potere d'autoguarigione insito nell'organismo umano.

La medicina olistica presuppone una visione d'insieme dell'uomo, comprendendo anche la psicologia, la psico-somatica e le energie sottili che influirebbero sulle energie più grossolane (la materia) provocando le malattie. Per quanto riguarda la cromoterapia, che significa letteralmente "cura attraverso i colori", bisogna innanzi tutto avere presente che ogni singolo colore altro non è che una particolare vibrazione della luce avente una specifica lunghezza d'onda. Già nel 1666 lo scienziato Isaac Newton si accorse che, facendo passare un raggio di sole attraverso un prisma di cristallo, la luce "bianca" era scomposta in sette colori puri: rosso, arancio, giallo, verde, blu, indaco e violetto.

Il ricorso ai colori come metodo curativo risale all'antico Egitto e alla tradizione medica cinese. La cromoterapia era praticata anche nell'antica Grecia e, in tempi più recenti, nel Medioevo, facendo indossare ai malati, a scopo terapeutico, abiti e pietre di un particolare colore.

La cromoterapia moderna ha solo pochi anni di vita e si basa sul presupposto che ogni ghiandola dell'organismo trae beneficio se irradiata con un certo colore.

Oggi la cromoterapia è praticata avvalendosi dell'ausilio di strumenti tecnologicamente molto avanzati, però è possibile goderne i benefici anche facendo ricorso a metodi casalinghi, quali la visualizzazione dei colori, l'uso di lampadine colorate per l'illuminazione degli ambienti, abiti o arredi colorati oppure dipingendo le stanze con specifici colori, quali ad esempio il giallo o l'arancio per gli spazi conviviali (tali colori stimolano il benessere generale, l'allegria, l'espansione, la disponibilità al contatto con gli altri, la socievolezza), l'azzurro per la stanza dei bambini (colore che induce pace, serenità, armonia e benessere), il verde per la stanza da letto (tale colore induce la quiete, il rilassamento, il riposo) e così via.

Per quanto riguarda l'utilizzo della cromoterapia tramite l'ausilio d'apparecchiature appositamente predisposte, nella nostra città esiste un centro che si occupa di riequilibrio energetico tramite l'applicazione della cromoterapia e d'altre terapie naturali, ottenendo buoni risultati nei trattamenti anti-stress e di dimagramento. Sull'argomento abbiamo intervistato due esperti dell'area giuliano isontina: Manlio Sverchi e Stefania Atti.

Intervista a Manlio Sverchi

A Trieste Manlio Sverchi vanta una formazione completa in ogni campo della terapia naturale, da molti anni si occupa di cromoterapia, associandola spesso ad altri trattamenti, come ad esempio l'uso di olii essenziali, la riflessologia plantare, i fiori di Bach, il dimagramento energetico, la cristalloterapia e ulteriori tecniche, al fine di ottenere risultati rapidi, completi ed anche duraturi.

L.Z. «*Come vengono applicati i principi della cromoterapia?*»

M.S. «In associazione alla cromoterapia utilizzo anche la riflessologia olistica del piede (sulla pianta del piede s'individuano varie parti che, adeguatamente stimolate, influiscono direttamente sull'organo al quale sarebbero energeticamente collegate). Uso anche l'energia mentale con le tecniche del body & brain energy (tecniche d'utilizzazione dell'energia mentale per influenzare il fisico), il massaggio, lo shiatsu, il reiki olistico (trattamento d'origine orientale che agisce a livello fisico lavorando sull'energia, in base al principio secondo cui lo squilibrio energetico causerebbe sempre una manifestazione a livello fisico, ad esempio una piaga, un inestetismo o una malattia). Si possono associare alla cromoterapia anche tecniche di *pensiero positivo,* che permettono di ottene-

re un ottimo controllo dei processi mentali e, conseguentemente, delle manifestazioni a livello fisico di salute o di malattia; ci si può avvalere anche del *modellamento energetico*, che abbina varie tecniche per armonizzare e modellare il corpo lavorando a livello energetico. Da esperimenti scientifici eseguiti in tutto il mondo, i più autorevoli alla NASA, è stato possibile rendere visibile la trama energetica di qualsiasi forma di vita e sono stati prodotti anche strumenti particolari che rendono possibile la visualizzazione di tale energia. A questo punto si è visto che ogni essere vivente proietta intorno a sé una precisa *trama energetica* sulla quale si riproducono poi tutte le cellule fino a comprendere la matrice della trama stessa. Se tale trama energetica è poco equilibrata ci sarà inesorabilmente la manifestazione a livello fisico di un disturbo anche di notevole entità. Parallelamente, lavorando in maniera di riequilibrare tale trama energetica, si arriverà ad una remissione, o comunque ad un'attenuazione, del sintomo manifestatosi a livello fisico. I trattamenti cromoterapici che apportano i migliori risultati sono quelli associati ad altri trattamenti di medicina naturale, perché la cromoterapia e le altre medicine tradizionali agiscono anche a livello d'energia sottile, perché l'antica scienza medica, a differenza di quella moderna, riconosceva l'esistenza e l'importanza dei *centri d'energia* localizzati all'interno del corpo; risultava pertanto naturale curare sia il corpo fisico sia quello energetico quando si desiderava restituire la completa salute all'individuo. I trattamenti energetici e quelli di cromoterapia non hanno effetti repentini, subitanei e particolarmente *vistosi*, ma hanno invece effetti relativamente lenti e poco visibili che però, riequilibrando anche i nostri livelli energetici, conducono ad una remissione completa e duratura dei sintomi fisici riscontrati. Un'adeguata alimentazione, una buona gestione dello stress da parte dell'individuo ed un corretto atteggiamento mentale sono condizioni essenziali per arrivare ad un risultato completo e duraturo. Oltre ai trattamenti estetici (dimagramento e tonificazione) e di rilassamento (trattamenti con l'energia, cromoterapia, cristalloterapia, olii essenziali, fiori di Bach) applico anche tecniche di controllo energetico completo ed interventi sulle intolleranze alimentari. La cromoterapia si può eseguire anche semplicemente assumendo alimenti di determinati colori, perché sono le lunghezze d'onda proprie di un determinato colore a determinare o ad amplificare il risultato del trattamento cromoterapico. La cromoterapia, come le altre medicine naturali, si va sempre più affermando e la richiesta di questo trattamento aumenta costantemente».

Intervista a Stefania Atti

Nella vicina città di Gorizia Stefania Atti si avvale della cromoterapia per curare innumerevoli malesseri quotidiani, facendo ricorso anche all'ausilio di speciali apparecchiature tecnologicamente molto avanzate.

L.Z. «*Che apparecchiature usate nei vostri trattamenti di cromoterapia, e in conformità a quali principi funzionano questi apparecchi?*»

S.A. «Innanzi tutto mi preme puntualizzare che la cromoterapia può essere utilizzata in diversi campi, quello psicologico, quello estetico e quello psico-somatico. Il meccanismo d'azione si basa sulle diverse frequenze d'onda, che corrispondono ai singoli colori e che hanno la possibilità di muovere gli atomi delle cellule che compongono i diversi organi e apparati, secondo l'origine delle cellule stesse (mesoderma, ectoderma, ecc...) e secondo la frequenza corrispondente a quel determinato organo o funzione. Riguardo al problema che si vuole trattare esistono diversi protocolli già testati, soprattutto per quanto riguarda il settore estetico e dermatologico, e sempre nuove metodologie d'azione sono introdotte sul mercato. La cromoterapia è una medicina alternativa che fa uso solamente dei sette colori puri, che sono il rosso, l'arancio, il giallo, il verde, il blu, l'indaco e il violetto, allo scopo di riequilibrare la psiche e, conseguentemente, anche il corpo. Tali colori possono essere assunti tramite gli alimenti, assorbiti mediante la luce solare, il bagno o la visualizzazione creativa.

L'origine della cromoterapia risale all'antica Grecia, quando era praticata l'elioterapia per la cura di numerosi disturbi, metodica che consisteva nell'esposizione del paziente, nudo, alla luce solare diretta. Anche i cinesi associavano

ad ogni singolo colore delle particolari virtù curative, mentre la medicina ayurvedica (indiana) ha sempre ritenuto che i colori agiscano direttamente sui chakra, parola in sanscrito che significa *ruota* e che designa i particolari *vortici d'energia* che sarebbero localizzati in determinati punti del corpo umano. Lo squilibrio dell'energia circolante attraverso i chakra, e quindi attraverso l'intero corpo umano, darebbe origine a tutte le malattie, che altro non sarebbero che dei disturbi energetici che a mano a mano diventano sempre più gravi fino a trovare espressione e manifestazione anche a livello fisico. Sembra che l'effetto delle radiazioni luminose sull'organismo umano si traduca in un potenziamento delle difese immunitarie, in un aumento della produzione dei globuli rossi, in un incremento della pressione arteriosa, in una lieve azione antibatterica, in un'azione anti-depressiva ed eccitante e anche nella capacità di diminuire lo stress.".
Negli ultimi anni la cromoterapia ha avuto un notevole sviluppo grazie a numerosi studi scientifici che evidenziano l'influenza dei colori sul sistema nervoso, sul sistema immunitario e su quello metabolico. Possiamo quindi dire che la cromoterapia è un sistema terapeutico che usa le frequenze della luce per il trattamento di diversi disturbi fisici e psicologici. La cromoterapia si fonda sul principio che esponendo una persona ad una determinata radiazione colorata si realizza un assorbimento d'onde elettromagnetiche che, penetrando nell'organismo, inducono cambiamenti significativi nella biochimica cellulare. Le cellule, composte d'atomi che vibrano secondo una specifica lunghezza d'onda, entrano in risonanza vibratoria con le frequenze delle onde luminose, ripristinando così il loro naturale equilibrio. Poiché ogni raggio di luce è costituito da una certa quantità d'energia elettromagnetica, irradiare una determinata parte del corpo con un raggio colorato di un particolare colore significa trasmettere un'energia con caratteristiche ben definite, energia che sarà quindi in grado di rilassare, di eccitare, di inibire o di rigenerare determinate cellule andando a stimolare precise reazioni biochimiche.
La cromoterapia ha sviluppato programmi specifici, testati ed affidabili, per rispondere alle più diffuse esigenze, programmi di: rigenerazione cellulare; riduzione dello stress; attivazione energetica; riequilibrio dei centri energetici; anti-età; riequilibrio del ritmo sonno\veglia; anti-depressivi. Per applicare la cromoterapia con cognizione di causa è necessario seguire appositi corsi che, rilasciano un valido attestato finale. Come in tutti i campi, è bene conoscere il professionista al quale ci si affida e non invece scegliere a caso il proprio cromoterapeuta, anche perché nell'applicazione della cromoterapia spesso ci si avvale dell'uso d'apparecchi particolari. L'uso di tali apparecchiature è spesso molto efficace nel trattamento della depressione stagionale, che è curata semplicemente usando la luce (fototerapia); tale trattamento non ha nessuna controindicazione né alcun effetto collaterale.
Altre applicazioni particolari consentono di ridurre notevolmente lo stress tramite l'utilizzo di fasci di luce colorata diretti a specifici distretti corporei, prodotti da un generatore di luce cromatica che emana fasci di luce "fredda" che è trasmessa attraverso fibre ottiche e filtri dicroici (vetri trattati in modo da far passare un'unica lunghezza d'onda di luce e quindi un unico tipo di "colore"). Le "iniezioni luminose" penetrano nel corpo, inviando l'impulso energetico ai meridiani corrispondenti, correggendo lo squilibrio energetico e stimolando il processo di guarigione. Un'altra apparecchiatura è invece predisposta per erogare un "bagno di luce dinamizzata" che agisce positivamente sul sistema neurovegetativo, su quello ormonale e permette di curare anche la S.A.D., acronimo che indica il seasonal affective disorder o disturbo affettivo stagionale che colpisce l'1% della popolazione degli emisferi settentrionale e meridionale della Terra. E' causata dalla diminuzione della luce solare giornaliera che altera l'equilibrio complessivo del sistema psicofisico ed ormonale. Le donne sono colpite in misura tripla rispetto agli uomini; i sintomi sono una forte sonnolenza durante l'arco dell'intera giornata, una particolare difficoltà al risveglio mattutino, difficoltà di concentrazione, irritabilità, forte appetito soprattutto nei riguardi dei dolci e dei carboidrati, che conduce inevitabilmente ad un notevole aumento di peso, ansia, tristezza e diminuzione drastica delle pulsioni sessuali.

L.Z. «*Quali sarebbero le virtù curative associate ai singoli colori?*»
S.A. «Tradizionalmente il colore *rosso* aumenta la pressione arteriosa e la vitalità dell'intero organismo, mentre l'*arancio* stimola la tiroide inducendo serenità e allegria; ha un'azione antispastica e stimola l'appetito e il battito cardiaco. Il *giallo* aumenta invece il tono neuromuscolare e depura il sangue, oltre ad indurre uno stato di benessere psichico. Il *verde* è il colore che regola la ghiandola pituitaria, riequilibrando gli stati depressivi e aiutando a combattere l'irritabilità e l'insonnia, oltre a possedere un importante potere antibatterico. Proprio la sua tonalità "neutra" e le sue capacità riequilibranti, unite alla sedazione del sistema nervoso che tale colore induce, lo hanno reso il colore più comunemente utilizzato negli ospedali e nelle case di cura, o comunque in tutti quei luoghi nei quali soggiornano persone ammalate. Il *blu* è calmante, capace di indurre una riduzione della pressione arteriosa, del ritmo cardiaco e della frequenza respiratoria. Stimola inoltre il sistema parasimpatico e contrasta efficacemente la tensione e l'agitazione sia fisica sia mentale, favorendo il rilassamento. L'*indaco* invece stimola la paratiroide, inibendo l'attività della ghiandola tiroidea, mentre il *violetto* agisce incrementando la produzione di globuli rossi e lo sviluppo osteo-scheletrico. E' utile contro molte affezioni cutanee quali eczema, acne, psoriasi, ecc... e ha un'attività cicatrizzante"

Per concludere vi propongo alcuni cenni su un metodo innovativo che permette di utilizzare la cromoterapia in modo abbastanza simile all'agopuntura: la *cromopuntura*. **Giorgio Pignalosa**, bio-naturopata romano, ci ha fornito le seguenti informazioni: «La cromopuntura si fonda sul principio che la pelle è la parte del corpo umano a contatto con l'esterno che più efficacemente di altre funge da *medium*, da tramite, per convogliare verso l'interno particolari sensazioni ed informazioni riguardo al mondo esteriore. Precursore della cromopuntura è il dottor Peter Mandel, che ha stabilito precise *linee guida*. La cromopuntura agisce inviando fasci localizzati di luce colorata in determinate zone corporee e tale stimolazione, che è convogliata dalla cute all'interno del corpo, induce una risposta dell'organismo. La cromopuntura non è invasiva né dolorosa e serve a determinare un riequilibrio energetico totale dell'organismo, che a livello somatico produrrà rilassamento, maggior vitalità generale ed uno stato di benessere, mentre a livello psicologico indurrà una sensazione di pace ed aiuterà ad aumentare la concentrazione mentale. Poiché i colori sono delle particolari onde elettromagnetiche e il corpo umano reagisce a qualsiasi stimolazione (soprattutto se localizzata alla pelle) è evidente che la reazione del corpo a particolari colori provoca un riequilibrio energetico che interessa l'organismo umano nella sua totalità (spirito/mente/corpo). Si utilizza una particolare *penna cromatica*, che assomiglia ad una grossa penna stilografica, sulla quale si ha la possibilità di montare ben sette diverse *punte*, ognuna di un particolare colore. Questa penna emette un fascio di luce concentrato e localizzato che, passando attraverso la punta colorata, assume una particolare tonalità (colore) e quindi una particolare lunghezza d'onda, che va poi ad agire direttamente sul disturbo che intendiamo curare. La cromopuntura, pur permettendo di conseguire ottimi risultati, è ancora una tecnica assai poco usata, anche se il ricorso ad essa va sempre più affermandosi, soprattutto in questi ultimi anni.»

Luisa Zorzin, infermiera
A.O. "Ospedali Riuniti di Trieste".

Letture consigliate:

"Aura-Soma", I. Dalichow-M.Booth Edizioni Mediterranee pag. 208.
"Il Colore", L. Pedirota Edizioni Mediterranee, pag. 200.
"La persona a quattro colori", Max Luscher, Edizioni Astrolabio pag. 180.
"Guarire con i colori", Mario Stromillo, Edizioni Armenia, pag. 192.
"Guida alla Cromoterapia", F. Padrini-M.T. Lucheroni, Edizioni De Vecchi, pag.. 128.
"Compendio generale di Cromopuntura", Andrea Ferrari, Edizioni Zuccari Illustrato.
Per informazioni:
www.mythos.ws e www.cromoterapia.com

Note in tema di accertamento della morte e prelievo degli organi e tessuti a scopo terapeutico

Annamaria Piscanc

Nel 1999 è stata pubblicata la Legge n. 91 per disciplinare le modalità di manifestazione della volontà da parte del cittadino (in positivo o in negativo) circa il prelievo degli organi a scopo di trapianto terapeutico dopo la sua morte.
Le previsioni di Legge (si considera donatore chi non ha espresso il proprio no dopo che gli è stato richiesto di esprimersi) etichettata come legge del *silenzio assenso*, non hanno ancora trovato una concreta applicazione, stante la difficoltà nel provvedere ad una informazione capillare che raggiunga – in modo dimostrabile – tutti i cittadini.
Oggi, pertanto, è ancora vigente un regime transitorio, in cui è considerato donatore chi ha espresso in vita la volontà positiva alla donazione (registrandosi presso la Azienda per i Servizi Sanitari, o con una dichiarazione scritta conservata tra i suoi documenti, es. la tessera a suo tempo ricevuta in occasione del referendum); al contrario non è donatore chi con le stesse modalità ha manifestato volontà contraria. Per chi non si è espresso, il prelievo è invece consentito solo se i familiari non si oppongono.
La pubblicazione della legge ha comunque suscitato l'interesse dell'opinione pubblica e determinato un vivace dibattito che, lungi dall'esaurirsi, ha permesso di osservare come su tali tematiche vi sia una notevole disinformazione.
Due sono infatti i concetti – talora travisati – su cui appuntare massimamente l'attenzione: il primo, quello della unicità della morte, il secondo, che l'accertamento della morte non è diversificato a seconda che si tratti di soggetti idonei alla donazione degli organi o meno.
Sul concetto di unicità della morte è indispensabile sgombrare il campo da ogni dubbio: è inesatto (per non dire errato) continuare a parlare di *morte cerebrale* e *morte cardiaca*. La definizione di legge prevede che «la morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo» (Legge 29 dicembre 1993 n. 578, art. 1).
Ciò che cambia non è il tipo di morte (non si insisterà mai abbastanza sul concetto di unicità della morte) ma la modalità con cui è accertata (osservazione del cadavere, effettuazione di elettrocardiogramma protratto per 20 minuti, collegio medico). La modalità è infatti correlata all'evento che ha provocato il decesso (arresto cardiaco o lesioni encefaliche). L'accertamento della morte con collegio medico è evento disgiunto dal prelievo degli organi a scopo di trapianto terapeutico: le normative di riferimento (Legge 29 dicembre 1993 n. 578, Norme per l'accertamento e la certificazione di morte, Decreto 22 agosto 1994 n. 682 Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte) in alcun punto fanno riferimento al prelievo degli organi. Questo concetto è sconosciuto ai più ed è su questo che si impone la massima chiarezza. Il ruolo dell'infermiere in detto contesto è di massima importanza: né il codice deontologico sembra averlo dimenticato. Al punto 4.18 è infatti previsto che «L'infermiere considera la donazione di sangue tessuti ed organi un espressione di solidarietà. Si adopera per favorire informazione e sostegno alle persone coinvolte nel donare e nel ricevere».
Prescindendo in questo contesto dal fatto che il personale convincimento del singolo può scontrarsi in modo insanabile con quanto affermato nella prima parte dell'articolo citato, va comunque richiamata l'attenzione sulla assoluta necessità da parte di un professionista sanitario di essere adeguatamente informato sulle normative attualmente vigenti al fine di provvedere alla diffusione di concetti chiari e scevri da ogni pregiudizio, al fine di promuovere nella persona assistita il raggiungimento di quella *maturità sanitaria* che sola può generare una scelta serena in un contesto ove la non informazione è ancora elevata.
Proprio a completamento di quanto precede si può inoltre ricordare che la nostra Regione ha pubblicato nel 2001 una legge (L.R. 9.3.2001, n. 8 di cui ancora pochi sono a conoscenza) che prevede che «all'accertamento della morte effettuato dal collegio medico, può assistere un medico di fiducia indicato dalla famiglia del potenziale donatore».

Annamaria Piscanc, Responsabile Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.S. n.1 Triestina

Rubrica
Segnalibro

a cura di Lorella Bucci

Le professioni sanitarie (non mediche)

Aspetti giuridici, deontologici e medico legali
Autore: Luca Benci

Dalla *Presentazione*: «In questi anni abbiamo assistito a una proliferazione di nuove professioni sanitarie – forse anche a un'eccessiva frammentazione – coinvolte in un processo di professionalizzazione di grande portata, tale da essere in grado di ridisegnare la geografia delle competenze, all'interno di un mondo sanitario dominato tradizionalmente dalla figura medica. Questo testo nasce dall'esigenza di approfondire le conoscenze, gli ambiti, l'autonomia, la formazione, la deontologia e la responsabilità delle professioni sanitarie non mediche, siano esse quelle tradizionali e storiche, siano quelle nuove ed emergenti.»
Dunque l'autore giurista esperto di diritto sanitario e delle professioni sanitarie, esplicita vari argomenti: la formazione universitaria e l'approfondimento delle lauree *triennali* e le lauree specialistiche, analizza a confronto i codici deontologici e non tralascia l'inquadramento contrattuale. L'autonomia, la responsabilità e l'esercizio professionale, allegando le leggi più importanti nonché l'ultima la Legge 1/2002. Argomenti sui quali più volte ha relazionato nei nostri convegni, anche nel giugno 2001.

Il bivio genetico

Salute e biotecnologie tra ricerca e mercato
Autore: Gianni Tamino

L'inizio di questo secolo ci pone davanti a scelte decisive: la biotecnologia irrompe, come mai si era visto prima, nella diagnosi e nella cura delle malattie. Che cosa sta accadendo nel settore delle scienze biomediche?
La cronaca di tutti i giorni dipinge scenari che di volta in volta ci vengono presentati come esaltanti o inquietanti, fondati o inventati, promettenti o da scartare. È molto difficile dare il giusto peso a quanto passa attraverso i media. Spesso le primizie della ricerca applicata evadono prematuramente dai laboratori e vengono divulgate al grande pubblico prima ancora di essere setacciate dal vaglio scientifico ed etico. E inoltre ogni nuova scoperta può essere travisata dagli organi dell'informazione *laica*, che non hanno, e non possono avere, il rigore e le esigenze della comunicazione specialistica.
L'autore è un raffinato addetto ai lavori, che unisce alla sua competenza professionale anche una rara capacità di scrutare i cosmi della ricerca e della comunicazione. Con grande rigore scientifico egli invita il lettore ad avventurarsi in un mondo suggestivo, fatto di ricerche ingegnose ma anche di sbocchi incerti. E racconta come anche la biomedicina può essere orientata per navigare sulla rotta della sostenibilità, superando le contraddizioni che potrebbero contrastarne i progressi. Il discorso corre interamente lungo un filo sottile e irto di trabocchetti: c'è sempre la possibilità di cadere in facili entusiasmi o, al contrario, in un pessimismo gratuito.
(2001 - 160 pagine; Euro 15,49; Isbn: 88-86412-75-4)

BILANCIO CONSUNTIVO 2001

	Preventivo	Consuntivo	Da riscuotere	Totale consuntivo	Differenza
ENTRATE					
Quote collegio 2002	**180.000.000**	**168.747.340**	**7.586.660**	**176.334.000**	**-3.666.000**
Tessere, distintivi, bolli auto, diritti di segreteria	**500.000**	**511.000**	**0**	**511.000**	**11.000**
Interessi bancari	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Commissioni extra comunitari	**2.400.000**	**4.510.000**	**0**	**4.510.000**	**2.110.000**
Incasso residui attivi	**3.686.740**	**3.693.870**	**0**	**3.693.870**	**7.130**
Altre entrate	**0**	**11.691.020**	**1.359.878**	**13.050.898**	**13.050.898**
Totale	**186.586.740**	**189.153.230**	**8.946.538**	**198.099.768**	**11.513.028**

USCITE					
	Preventivo	**Consuntivo**	**Da pagare**	**Totale consuntivo**	**Differenza**
Spese generali di funzionamento	**39.500.000**	**34.305.175**	**0**	**34.305.175**	**5.194.825**
Affitto sede	21.000.000	20.082.000	0	20.082.000	918.000
Spese telefoniche, fax, internet	2.500.000	2.394.300	0	2.394.300	105.700
Spese postali	6.000.000	3.336.568	0	3.336.568	2.663.432
Spese bancarie	1.600.000	515.299	0	515.299	1.084.701
Cancelleria	2.500.000	2.836.998	0	2.836.998	-336.998
Assicurazione sede	400.000	470.000	0	470.000	-70.000
Spese varie	1.000.000	1.070.400	0	1.070.400	-70.400
Pulizia, manutenzione, acqua, luce, gas	4.500.000	3.599.610	0	3.599.610	900.390
Recupero ruoli Postel	**0**	**3.666.000**	**0**	**3.666.000**	**-3.666.000**
Spese del personale e consulenti	**39.000.000**	**31.722.785**	**6.877.518**	**38.600.303**	**399.697**
Stipendi ed oneri	27.000.000	27.801.515	0	27.801.515	-801.515
Accantonamento Tfr	6.000.000	0	6.000.000	6.000.000	0
Consulenza fiscale e legale	4.000.000	1.914.270	877.518	2.791.788	1.208.212
Consulenza professionale	2.000.000	2.007.000	0	2.007.000	-7.000
Attività del Collegio	**54.200.000**	**32.689.578**	**12.942.819**	**45.632.397**	**8.567.603**
Predisposizione e spedizione rivista	21.500.000	13.510.578	6.196.787	19.707.365	1.792.635
Biblioteca e abbonamento riviste	400.000	443.000	0	443.000	-43.000
Attività di aggiornamento, stage/convegni	24.000.000	14.749.500	857.533	15.607.033	8.392.967
Commissioni extracomunitari	0	0	2.310.000	2.310.000	-2.310.000
Coordinamento regionale	1.500.000	291.000	578.499	869.499	630.501
Apertura sito internet	3.000.000	0	3.000.000	3.000.000	0
Spese di rappresentanza	1.000.000	828.500	0	828.500	171.500
Cup	2.800.000	2.867.000	0	2.867.000	-67.000
Spese organi del Collegio	**28.650.000**	**9.076.750**	**18.000.000**	**27.076.750**	**1.573.250**
Gettone di presenza Consiglio direttivo	11.000.000	0	11.000.000	11.000.000	0
Indennità di presenza apertura sede Collegio	7.000.000	0	7.000.000	7.000.000	0
Assicurazione organi collegiali	650.000	631.500	0	631.500	18.500
Trasferte e rimborsi spese	10.000.000	8.445.250	0	8.445.250	1.554.750
Spese in conto capitale	**3.300.000**	**3.043.000**	**0**	**3.043.000**	**257.000**
Mobili attrezzature e informatica	3.000.000	437.000	0	437.000	2.563.000
Programmi e attrezzature informatiche	300.000	2.606.000	0	2.606.000	-2.306.000
Quote Federazione Nazionale Ipasvi	**39.000.000**	**37.560.000**	**0**	**37.560.000**	**1.440.000**
Accantonamenti	**10.000.000**	**3.909.654**	**0**	**3.909.654**	**6.090.346**
Fondo spese impreviste	10.000.000	3.909.654	0	3.909.654	6.090.346
Imposte e tasse	**18.800.000**	**3.538.000**	**10.212.858**	**13.750.858**	**5.049.142**
Ritenute	11.000.000	1.921.000	10.212.858	12.133.858	-1.133.858
Altre imposte	7.800.000	1.617.000	0	1.617.000	6.183.000
Pagamento residui passivi	725.641	725.641	0	725.641	0
Totale uscite 2001	233.175.641	**160.236.583**	**48.033.195**	**208.269.778**	**24.905.863**

BILANCIO PREVENTIVO 2002

		Competenza (Euro)		Cassa (Euro)
ENTRATE				
Quote collegio 2002		**98.097,00**		**98.097,00**
Tessere, distintivi, bolli auto, diritti di segreteria		**232,41**		**232,41**
Interessi bancari		**0,00**		**0,00**
Commissioni extra comunitari		**2.117,50**		**2.117,50**
Totale entrate anno 2002		**100.446,91**		**100.446,91**
Incasso residui attivi				**4.620,50**
Avanzo amministrazione 2001		**28.702,47**		
Avanzo di cassa 2001				**48.892,73**
Totale		**129.149,38**		**153.960,14**
USCITE				
Spese generali di funzionamento		**24.684,00**		**24.684,00**
Affitto sede	10.845,00		10.845,00	
Spese telefoniche, fax, internet	1.291,00		1.291,00	
Spese postali	7.230,00		7.230,00	
Spese bancarie	413,00		413,00	
Cancelleria	1549,00		1549,00	
Assicurazione sede	258,00		258,00	
Spese varie	516,00		516,00	
Pulizia, manutenzione, acqua, luce, gas	2.582,00		2.582,00	
Recupero ruoli Postel	1.910,00	**1.910,00**	1.910,00	**1.910,00**
Spese del personale e consulenti		**20.657,00**		**17.042,00**
Stipendi ed oneri	14.460,00		14.460,00	
Accantonamento Tfr	3.615,00			
Consulenza fiscale e legale	1.033,00		1.033,00	
Consulenza professionale	1.549,00		1.549,00	
Attività del Collegio		**20.736,00**		**21.016,00**
Predisposizione e spedizione rivista	8.779,00		8.779,00	
Biblioteca e abbonamento riviste	103,00		103,00	
Attività di aggiornamento, stage/convegni	6.714,00		6.714,00	
Coordinamento regionale	878,00		878,00	
Spese di rappresentanza	516,00		516,00	
Cup	1.446,00		1.446,00	
Completamento sito internet	2.300,00		2.580,00	
Spese organi del Collegio		**13.756,00**		**13.756,00**
Gettone di presenza Consiglio direttivo	4.648,00		4.648,00	
Indennità di presenza apertura sede Collegio	3.098,00		3.098,00	
Trasferte e rimborsi spese	4.648,00		4.648,00	
Commissioni extra comunitari	1.000,00		1.000,00	
Assicurazione organi collegiali	362,00		362,00	
Spese in conto capitale		**621,00**		**621,00**
Mobili attrezzature e informatica	516,00		516,00	
Programmi/aggiornamenti	105,00		105,00	
Quote Federazione Nazionale Ipasvi	20.000,00	**20.000,00**	20.000,00	**20.000,00**
Accantonamenti		**5.165,00**		**5.165,00**
Fondo spese impreviste	5.165,00		5.165,00	
Imposte e tasse		**5.680,00**		**5.680,00**
Ritenute	4.650,00		4.650,00	
Imposte varie	1.030,00		1.030,00	
Pagamento residui passivi				**24.807,07**
Totale uscite 2002		**113.209,00**		**134.681,07**
Avanzo di amministrazione al 31.12.2002		**15.940,00**		
Avanzo di cassa al 31.12.2002				**19.279,07**

Rubrica

Aggiornamento corsi, convegni e congressi

a cura di Luisa Zorzin

Rimini, 7 giugno 2002
Corso di aggiornamento: «Nursing oncologico: assistenza, organizzazione, ricerca».
Info: Tel. 0541.691150.

Padova, Giugno-ottobre 2002
Corsi accreditati di due giornate consecutive, ore 9-13 e 14-17: «Nuovi modelli organizzativi ed assistenziali per gestire il cambiamento nei servizi sanitari».
Date dei corsi: 10-11 giugno; 13-14 settembre; 6-7 ottobre; 17-18 ottobre; 30-31 ottobre.
Info: Tel. 049.8968116 (9-12 / 16-18)

Lugo (RA), 14-15 giugno 2002
Corso di aggiornamento: «Operatività e sicurezza in elisoccorso: realtà attuale e prospettive future».
Info: Tel. 338.1494244
oppure 347.8906866

Perugia, 15 giugno 2002
Corso di aggiornamento S.I.U.: «Aspetti del nursing nelle lesioni e stenosi ureterali».
Info: Tel. 0422.322478
e-mail: info@aiuro.it

Milano, 21 giugno 2002
«Come assistere il bambino con deficit neurologico».
Info: Tel. 02.59900154

Bologna, 29-30 giugno 2002
Corso di Aggiornamento: «Patologia iscoartrosica del rachide: attuali prospettive chirurgiche; corso congiunto per infermieri professionali».
Info: www.csrcongressi.com

Firenze, 7-12 luglio 2002
«XIV° Congresso A.I.S.T.O.M.» (Stomaterapia). *Info:* Tel. 055.33611

Cuneo, 4-7 settembre 2002
«Corso propedeutico di elettrofisio-logia».
Info: Tel. 0523.335732

Mantova, 12-13 settembre 2002
«Infezioni neonatali: attualità e novità».
Info: Tel. 0382.22650

Bolzano, 18-21 settembre 2002
51° Congresso Nazionale Società Italiana Neurochirurgia.
Info: Tel. 051.765357

Verona, 19-21 settembre 2002
«Il terzo medio del volto: la ricostruzione e l'estetica».
Info: Tel. 045.597940

Verona, 22-24 settembre 2002
«XII° Congresso Nazionale A.I.U.G.» (Pavimento Pelvico).
Info: Tel. 0523.335732

Folgaria (TN), 26-29 settembre 2002
XIII° Corso Nazionale per Infermieri: «L'assistenza all'anziano tra miti ed evidenze».
Info: Tel. 030.3773997
www.grg-bs.it

Savona, 3-5 ottobre 2002
«L'emergenza intra-ospedaliera: 1° Congresso Nazionale».
Info: Tel: 019.8404949

Montesilvano (Chieti), 3-5 ottobre 2002
Convegno Nazionale CNAI: «L'infermiere e i bisogni assistenziali della famiglia».
Info: www.cnai.info

Genova, 9 ottobre 2002
Corso di aggiornamento IPASVI Genova: «Contributo della musicoterapia nella cura della sindrome da burn-out».

Info: Tel. 010.590611. Iscrizione: 30 •

Treviso, 13-15 ottobre 2002
Congresso Nazionale Società Urologica Nuova (S.U.N.); giornata infermieristica: 13 ottobre: «Problematiche gestionali in ambito urologico».
Info: Tel: 0422.348251. E-mail: info@aiuro.it

Sorrento, 24-26 ottobre 2002
(Urodinamica), «XXVI° Congresso Nazionale S.I.U.D».
Info: Tel. 0523.335732

La Spezia (GE), 31 ottobre 2002
«Internet e ricerca infermieristica, opportunità on-line».
Info: Tel. 338.2069625

Sampierdarena (GE), Ottobre 2002.
VII° Convegno Nazionale: «Le principali emergenze pediatriche in area critica».
Info: Tel. 0187.22247
e-mail: ipasvisp@cdh.it, web: www.ipasvi.laspezia.net

Bologna, Ottobre 2002
«Aneurismi cerebrali intatti». Info: Tel. 051.765357

Roma, ottobre 2002
L'Istituto di Alta Formazione Sanitaria "M. C. Visconti" comunica che avranno inizio i seguenti corsi di aggiornamento tecnico-professionale per infermieri:
anestesia e rianimazione; informatica sanitaria; ferrista di sala operatoria; sistema118; emodialisi;
cardiologia; terapia intensiva cardio-logica; pronto soccorso; qualità e management sanitario.
Tutti i corsi sono in attesa di accredi-tamento e gli attestati finali rilasciati costituiscono titolo aggiuntivo di aggiornamento professionale; i corsi sono teorico-pratici e hanno una durata semestrale, con un giorno di lezione due volte al mese.
Info: Tel. 06.4402700 o 06.4402701

Firenze, 20-23 novembre 2002
«XII° Congresso Nazionale S.I.U.R.O.», (Urologia Oncologica). Info: Tel: 0523.335732

Padova, 4-7 dicembre 2002
Corso interattivo: «Assistenza domiciliare integrata».
Info: Tel. 0523.335732

Siena, 16-17 dicembre 2002
«Giornate Nazionali di Aggiornamento in Chirurgia ambulatoriale e Day-Surgery». Info: Tel. 02.66103598

Rubrica
Offerte di lavoro

A cura di Luisa Zorzin

Selforim S.r.L. cerca 4 infermieri professionali per sostituzione maternità e incarichi; richiede disponibilità al trasferimento e iscrizione al Collegio IPASVI. Offre assunzione con contratto Enti Pubblici, orario di 36 ore settimanali, alloggio gratuito per i primi due mesi e successivo aiuto nella ricerca d'alloggio.
Informazioni: Tel. 031.576142
www.selforim.it

ASE (Attività Sociali Europa), istituzione che si occupa di turismo giovanile con ragazzi autosufficienti d'età compresa tra i 7 e i 16 anni, cerca infermieri per il periodo che va dal 19/06/02 al 31/08/02; offre lavoro presso colonie, alberghi, colleges in zone marine e montane in Italia e Gran Bretagna. Vitto e alloggio sono a carico della Cooperativa stessa.
Informazioni: Tel. 0541.641522

Centro Sviluppo Assistenza offre lavoro presso Case di Riposo del Veneto e Case di Riposo ed ASL della Toscana e dell'Emilia-Romagna; offre compenso netto mensile di £. 4.259.794 e possibilità d'alloggio nelle vicinanze della struttura.
Offre inoltre lavoro presso una Casa di Riposo di Treviso per

un compenso netto mensile di £. 4.879.400 e alloggio nei pressi della struttura.
Informazioni: Tel. 0575.21414

Casa di Cura privata "Capitanio" di Milano cerca infermieri professionali; offre retribuzione come da CCNL ARIS più Premio Incentivo al superamento del periodo di prova. È possibile usufruire del convitto interno per una trattenuta mensile di £. 90.000
Informazioni: Tel.02.58389628

Casa di Cura "Policlinico Ponte S. Pietro" (Bergamo) dispone di 300 posti letto e 15 unità operative; cerca infermieri professionali per l'apertura di due nuovi reparti; corrisponde incentivi sulla presenza in turno di £. 32.000/die in aggiunta allo stipendio ed un premio annuale di £. 1 milione lorde, oltre alla tredicesima mensilità.
Informazioni: Tel. 035.604283 oppure 035.604111

Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria N. 10- VENETO ORIENTALE ricerca infermieri professionali da inserire presso le proprie strutture.
Informazioni: Tel. 0421.228078

Società di ricerca e selezione del personale Selforim S.r.L. cerca infermieri professionali per interessanti impieghi presso le seguenti istituzioni:
un'importante struttura ospedaliera chirurgico-riabilitativa di Brescia;
un centro ospedaliero di riabilitazione nelle Marche;
un centro ortopedico riabilitativo in provincia di Firenze;
una casa di riposo nella provincia di Como;
un centro ortopedico e fisioterapico in provincia di Como;
una casa di riposo in provincia di Siena;
una residenza sanitaria per anziani nella provincia d'Ancona;
un ospedale pubblico di Bolzano (per chi parla il tedesco o è disposto ad impararlo);
un prestigioso ospedale privato di Bergamo;
una clinica ortopedica e riabilitativa in provincia di Como;
un Poliambulatorio privato accreditato nella provincia di Varese.
Sono richiesti: diploma d'infermiere professionale; iscrizione all'IPASVI e disponibilità al trasferimento.
Si offre: assunzione a tempo indeterminato, alloggio gratuito, buona crescita professionale e ottimo trattamento economico.
Informazioni:
www.selforim@selforim.it
Tel. 031576142

Ospedale "S. Raffaele" di Milano
Ospedale di rilievo nazionale e d'alta specializzazione che dispone di molteplici Unità Operative, quali Cardio-chirurgia, Cardiologia, Dialisi, Medicina, Neonatologia, Neurologia, Neurochirurgia, Oculistica, Ortopedia, Ostetricia, Ginecologia, Patologie HIV correlate, Pediatria, Pronto Soccorso, Psichiatria, Urologia, Terapia Intensiva, Ematologia, Unità Trapianto Midollo Osseo, Sale Operatorie Specialistiche, ecc...
L'Ospedale permette all'infermiere di effettuare molteplici esperienze lavorative in un ambiente all'avanguardia ed altamente specializzato; consente di partecipare all'organizzazione dell'assistenza infermieristica e di seguire gratuitamente corsi di formazione specifica e corsi d'aggiornamento professionale offerti dalla struttura stessa. Per i non residenti è possibile usufruire a costo agevolato
di alloggi situati nelle vicinanze dell'Ospedale e ben collegati con lo stesso, con la formula "residence", con camere a due posti letto e servizi e spazi comuni per il ritrovo, lo studio e lo sport. L'assunzione avviene per chiamata diretta previo colloquio con un responsabile del Servizio Infermieristico.
Informazioni: Tel. 02-26432443
ufficio.infermieristico@hsr.it

Istituto Clinico "Humanitas" di Rozzano (Milano) cerca infermieri a tempo indeterminato per Terapia Intensiva Generale, Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Sale Operatorie Specialistiche, Degenze, Chirurgie Specialistiche, Ambulatori e Servizi di Emodialisi. Sono previsti, oltre allo stipendio, sistemi di incentivazione economica e corsi di formazione ed aggiornamento professionale gratuiti; un "residence" interno alla Clinica è riservato gratuitamente agli infermieri non residenti.
Informazioni: Tel. 02-82242246

Rubrica
Etéra

Quiz. Sei un professionista nel tuo lavoro?

Il seguente miniquiz si compone di 4 domande e indica se tu puoi essere ritenuto un "professionista" nel tuo lavoro.

Le domande non sono poi tanto difficili, per cui evita di andare a sbirciare le risposte!

Domanda 1
Come fai a mettere una giraffa nel frigorifero?

Domanda 2
Come fai a mettere un elefante nel frigorifero?

Domanda 3
Il re leone sta tenendo una conferenza di animali. Sono presenti tutti gli animali tranne uno.
Chi manca?

OK, anche se non hai risposto correttamente alle prime domande, puoi ancora avere un'opportunità per dimostrare la tua abilità.

Domanda 4
Devi attraversare un fiume che è abitato da coccodrilli.
Come lo attraversi?

La soluzione

Risposta 1
La risposta corretta è: apro il frigorifero, metto dentro la giraffa e chiudo la porta.

Questa domanda indica se tendi a complicare le cose semplici.

Risposta 2
Risposta sbagliata: apro il frigorifero, metto dentro l'elefante e chiudo la porta.
La risposta corretta è: apro il frigorifero, Tolgo la giraffa, metto dentro l'elefante e chiudo la porta.

Questa domanda verifica la tua abilità di pensare attraverso la successione delle tue azioni.

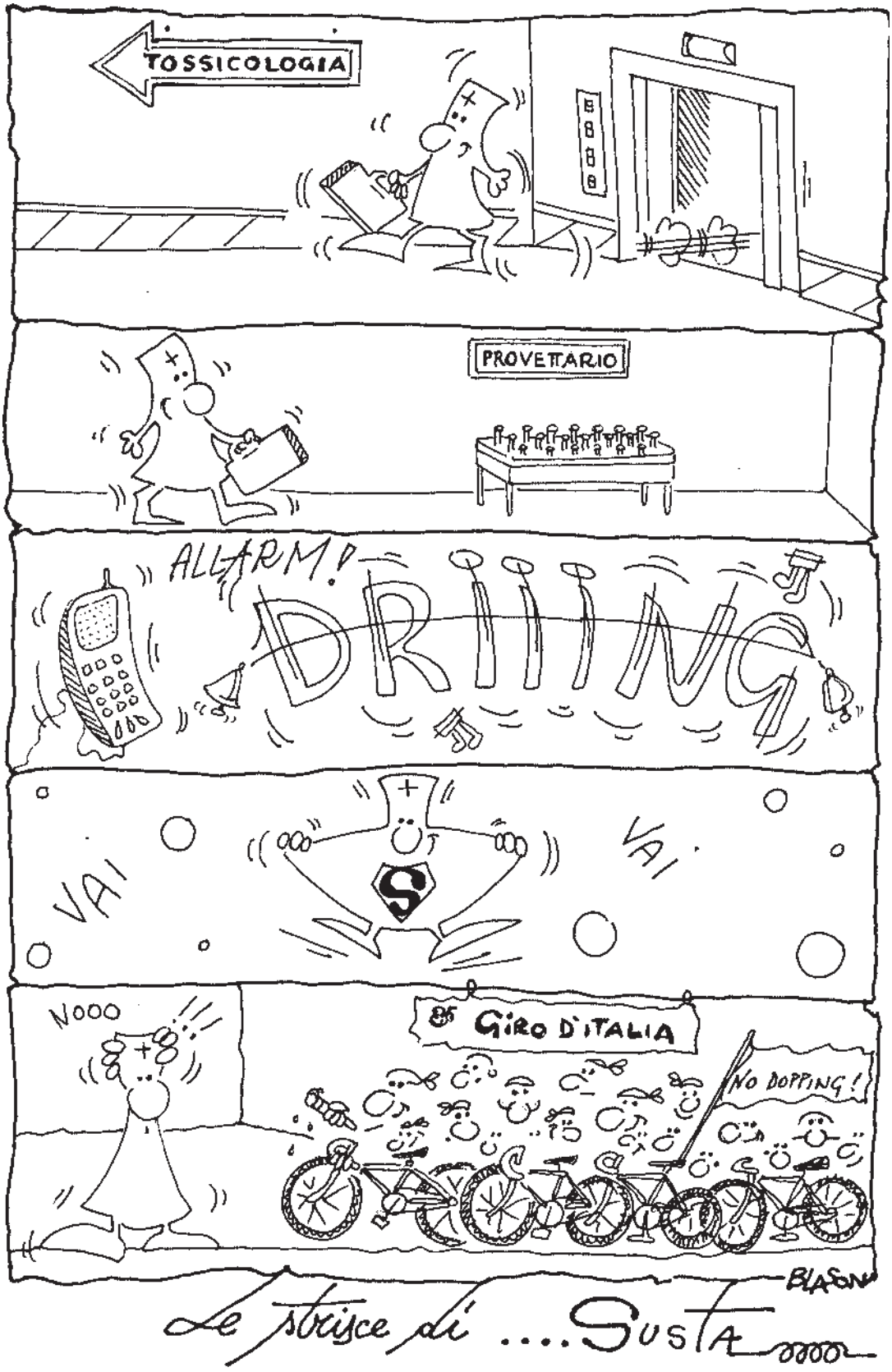
Risposta 3
La risposta esatta è: l'elefante.
Infatti l'elefante è nel frigorifero, ricordi?.

Questa domanda mette alla prova la tua memoria.

Risposta 4
La risposta corretta è: a nuoto. Sai perché? Perché tutti i coccodrilli sono presenti alla conferenza degli animali. Ricordi?

Questa domanda indica se sai apprendere velocemente dai tuoi errori.

Conclusioni
Secondo l'Andersen Consulting Worldwide, circa il 90% dei professionisti testati ha dato tutte le risposte sbagliate, mentre molti bambini in età pre-scolare hanno dato diverse risposte esatte.
La Anderson Consulting conclude che questa è una riconferma della teoria secondo la quale i professionisti hanno il cervello più limitato di quello di un bambino di 4 anni.


TOSSICOLOGIA
PROVETTARIO
ALLARM!
DRIING
VAI
VAI
NOOO
85 GIRO D'ITALIA
NO DOPPING!
BLASONI
Le strisce di ....SUSTA