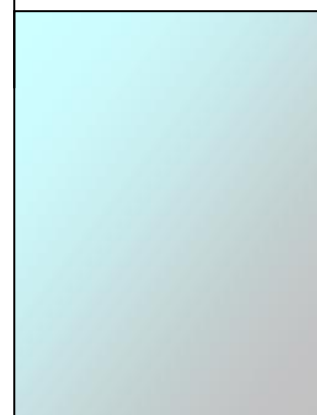


Polikromie

Il quadrimestrale dell'associazione **AMPESS**

Anno II - Numero 3
Settembre - dicembre 2007



Un'infermieristica al servizio dell'altro.

Giuliana Maserà

*Infermiera, laureata in Filosofia,
Master in Relazioni e sentimenti nelle professioni
educative e di cura,
Docente in discipline demotnoantropologiche
Corso di Laurea magistrale in Scienze
Infermieristiche ed Ostetriche.
Università degli Studi di Parma.*

Il nostro pianeta è soggetto a continue trasformazioni in molte aree geografiche. Gli Infermieri dovrebbero acquisire una nuova consapevolezza di questi continui mutamenti e dovrebbero essere sempre più informati dei problemi che ne potrebbero derivare per l'essere umano, da una prospettiva infermieristica transculturale.

Madeleine Leininger

Introduzione.

Dire che il mondo è vario è un luogo comune, ma è questo il punto di partenza, perché la diversità è una caratteristica fondamentale del genere umano, una caratteristica immutata con il passare dei secoli.

Eppure, nonostante questa diversità appaia quotidianamente ai nostri occhi, la mentalità umana continua a opporre resistenza a comprendere e accettare tale eterogeneità.¹

Gli Infermieri, nel loro servizio quotidiano, vanno assumendo maggior consapevolezza, di come questo tempo sia caratterizzato sempre più da incontri con persone appartenenti a culture diverse.

Questi incontri con culture, storie, aspettative espressioni e percezioni di bisogni diversi dai

nostri ci modifica e modificherà la nostra società più di quello che possiamo oggi immaginare: è una modifica nei comportamenti e negli atteggiamenti, nel linguaggio, per molti di noi una modifica nel modo di lavorare, nel modo di essere e di porci in ambito professionale. Diventa quindi importante come Infermieri interrogarci su questo fenomeno, capirne attraverso alcuni dati l'ampiezza e la distribuzione e infine interrogarci sulle opportunità che questa nuova situazione offre.

1. Vivere nella contemporaneità.

Nel corso della sua storia, l'Europa è stata al centro di una dominazione barbara sul mondo. Ma è stata al tempo stesso all'origine di quelle idee emancipatrici che hanno scalzato tale dominazione: le idee dell'Europa sono state riprese dai popoli assoggettati, che hanno costruito la loro lotta a partire da queste. Si tratta dunque di capire la relazione complessa, antagonista e complementare, tra cultura e barbarie, per superare i rischi sempre presenti di nuove e peggiori atrocità. Le tragiche esperienze del ventesimo secolo devono indurre ad una rivendicazione umanista; che la barbarie sia riconosciuta per ciò che è, senza semplificazioni o falsificazioni di alcun tipo. Pensare la barbarie è contribuire a resistere²

Queste parole di Edgar Morin, sociologo francese ci riportano ad un interrogativo importante: **nella società contemporanea caratterizzata da una sempre maggior mescolanza di culture, stili di vita, credenze religiose e spirituali diventa difficile definire principi che possano essere realmente condivisi e praticati negli spazi della quotidianità.**

L'uomo si trova sempre a dover affrontare una problematica costante nel suo rapporto con la **natura-universo** sia con la

¹ Kapuscinski Ryszard, *Impariamo a rispettare gli altri*, La Repubblica, 15 gennaio 2003.

² Edgar Morin, *Cultura e barbarie europee*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.

realtà cosmica misteriosa, sia con l'ambiente fisico e sociale.

Che abiti nelle foreste dell'Amazzonia, o che si muova nelle strade di Manhattan, l'uomo deve sempre salvaguardare la propria vita nella situazione concreta in cui si trova, definire il suo comportamento ecologico, e valorizzare l'associazione con gli altri uomini che vivono con lui nelle stesse condizioni. Però non tutti gli uomini che vivono nella foresta si comportano ugualmente: c'è chi dipende interamente dai suoi frutti spontanei; c'è, invece, chi si prepara un terreno per coltivazioni proprie. Queste varianti per quanto diverse, assumono fisionomie precise che le distingue nel tempo e nello spazio. La terra, la vegetazione, gli animali: la vita umana si svolge in simbiosi con queste realtà.

E' spinta a conquistare e a dominare l'ambiente per ottenere i mezzi della sua sussistenza. Questa molteplicità di rapporti costringe l'uomo ad organizzare la sua vita in maniera corrispondente.

Ma la realtà fisica della natura, come quella misteriosa del cosmo, si presenta all'uomo come oggetto di indagine e di interpretazione talora anche di opposizione.

Le manifestazioni dell'attività mentale dell'uomo sono espressioni di scelte precise, che l'uomo opera per ordinare la propria vita.

Esse costituiscono la **cultura**. Nelle sue scelte l'uomo è condizionato dalla sua costituzione di individuo, dalle relazioni che lo legano ad altri individui con i quali partecipa alla vita, e della natura che lo circonda.

Questi tre temi: **l'uomo individuo; le relazioni con altri uomini; il rapporto umano tra individui e gruppi**; costituiscono i grandi temi attorno ai quali si svolgono i discorsi **Antropologici**.

Dunque l'antropologia culturale indaga il significato e le strutture della vita dell'uomo.

La prima formulazione del concetto antropologico di cultura risale a **Edward B. Tylor** (1871), secondo il quale "la cultura è il complesso unitario che include la conoscenza,

la credenza, l'arte, la morale, le leggi e ogni altra capacità e abitudine acquisita dall'uomo come membro della società"

La cultura, in questo senso, è un elemento specifico di tutti gli esseri umani e non è possibile sostenere che esistano individui privi di cultura, pertanto, non è una sola bensì una molteplicità di culture e ognuna va considerata e analizzata distinguendola dalle altre.

Il sociologo **Marcel Mauss** "attento maestro di etnografia", definisce la società: un gruppo sociale, generalmente con denominazione data da sé e da altri, più o meno grande, ma sempre abbastanza grande per contenere dei gruppi secondari, al minimo due, vivente ordinariamente in un luogo determinato, con una lingua, una costituzione e sovente una tradizione sue e proprie (1947). L'antropologo e pensatore **Clifford Geertz** fra i più influenti del nostro tempo, scrisse che nella prospettiva del pensiero post moderno e del multiculturalismo, assumono particolare rilevanza gli approfondimenti di tematiche come il relativismo morale e la relazione tra differenze psicologiche e differenze culturali.³

L'antropologia quindi nelle sue specializzazioni etnologica, culturale e sociale, è sorta per superare le discriminazioni e il pregiudizio e per comprendere appieno i valori e le strutture delle culture altre.

2. L'altro da noi.

La figura del **migrante** appare oggi come la più adeguata per descrivere noi stessi e i nostri contemporanei, poiché anche coloro che nascono, vivono e moriranno nel medesimo luogo, partecipano di un movimento di dislocazione collettiva attraverso i mass media e le nuove tecnologie comunicative.

³ Bernardi Bernardo, *Uomo – Cultura – Società*
Introduzione agli studi demo - etno – Antropologia
Franco Angeli, Milano, 2007.

La necessaria comunicazione tra le culture che va progettata e favorita, implica una messa in discussione dell'etnocentrismo proprio di ogni tradizione culturale e al tempo stesso una valorizzazione di tutti i "prestiti" culturali già avvenuti: da qui scaturisce la necessità di un progetto formativo articolato e globale in cui l'interculturalità sia considerata lo stato ordinario di ogni gruppo, la parte costitutiva dei suoi tessuti sociali e non l'eccezionalità di un particolare periodo storico o di un particolare incontro.

Nella società contemporanea la domanda di riconoscimento è resa più pressante dal legame che si presume esista fra riconoscimento e identità, dove il secondo termine indica, più o meno la visione che una persona ha di quello che è, delle proprie caratteristiche fondamentali, che la definiscono come essere umano. Charles Taylor sostiene nel suo saggio sul multiculturalismo che la nostra identità è plasmata in parte dal riconoscimento o dal mancato riconoscimento o spesso da un misconoscimento da parte di altre persone, per cui un individuo o un gruppo può subire un danno reale, una reale distorsione se le persone o la società che lo circondano gli rimandano come uno specchio un'immagine di sé che lo limita o sminuisce o umilia.⁴ Il non riconoscimento può danneggiare, può essere una forma di oppressione che imprigiona una persona in un modo di vivere falso, distorto e impoverito (es. autodisprezzo dei neri,...). Un riconoscimento adeguato per Taylor non è soltanto una cortesia che dobbiamo ai nostri simili: è un bisogno umano vitale.

Ma chi è veramente l'altro da noi?

L'altro non è solo l'altro-individuo che condivide la fame, il freddo, la gioia, il dolore, in una sorte di essere uomo. L'altro è anche per chi razza, per religione, per cultura

⁴ Taylor Charles, *Multiculturalismo lotte per il riconoscimento*, Feltrinelli, Milano, 1998, pag.9

e tradizione, dichiara una distanza che può essere superata solo dal cammino intrapreso da quanti vogliono veramente conoscere:

Ogni volta che l'uomo si è incontrato con l'altro, ha sempre avuto davanti a sé tre possibilità di scelta: fargli guerra, isolarsi dietro a un muro o stabilire un dialogo. L'esperienza di tanti trascorsi in mezzo agli altri di paesi lontani mi insegna che la benevolenza nei loro confronti è l'unico atteggiamento capace di far vibrare la corda dell'Umanità⁵.

3. Madeleine Leininger e Marie Collière una risposta infermieristica alla convivenza fra culture.

Vi sono, nel panorama infermieristico internazionale, due Infermiere che tentano, attraverso i loro studi e loro ricerche, una risposta al problema della convivenza tra le culture.

La prima e forse più famosa è **Madeleine Leininger** prima Infermiera antropologa americana, fondatrice e sostenitrice della teoria sull'assistenza infermieristica transculturale. Nata a Sutton nel Nebraska ha iniziato la carriera infermieristica diplomandosi a Denver.⁶

Dopo diversi incarichi nel nursing psichiatrico e nell'insegnamento a metà degli anni cinquanta lavorando con i bambini verifica l'incomprensione da parte del personale dei fattori culturali che influenzavano il comportamento dei bambini; osserva e sperimenta tra questi sia differenze culturali che espressioni comuni. Le evidenti

⁵ Kapuscinski Ryszard, *L'altro*, Edizioni Feltrinelli Milano, 2007

⁶ Per quanto riguarda il pensiero di Madeleine Leininger cfr. Marriner Ann, *I teorici dell'infermieristica e le loro teorie*, Casa editrice ambrosiana, Milano, 1989, pag.145,146,147.

differenze tra le culture dei bambini la preoccupano profondamente. In un periodo in cui le teorie psicoanalitiche non erano ancora in grado di spiegare questa diversità e per programmare interventi infermieristici, la Leininger diviene sempre più preoccupata e frustrata dal fatto che i suoi interventi sui comportamenti dei bambini le sembravano inadeguati.

Comincia ad interrogarsi e ad interrogare i suoi collaboratori sulla situazione, ma quando non riesce a trovare dei mezzi per capire i bambini inizia ad attingere da altri campi.

L'incontro con Margaret Mead, antropologa inglese, si rivela proficuo. In funzione di questa esperienza importante elabora la teoria della transculturalità pubblicata nel libro "Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend"

- La teoria leiningeriana

La riflessione della Leininger in ambito infermieristico si fonda sui presupposti dell'antropologia culturale.

Definisce il nursing transculturale come:

Un'area principale di nursing che ha al suo centro uno studio comparato e l'analisi di diverse culture e su culture mondiali in riferimento al loro comportamento di assistenza nei confronti dei malati, dell'assistenza infermieristica, dei valori sanitari della salute e della malattia; teorie e modelli di comportamento con l'obiettivo di sviluppare un corpo di conoscenze scientifico ed umanistico per dare indicazioni di assistenza infermieristica sia specifiche di singola cultura che universali.

La teoria infermieristica transculturale come:

Un insieme di concetti e di ipotesi infermieristiche in relazione tra di loro che trattano diverse civiltà, prendono in esame comportamenti assistenziali di gruppo e individuali, valori e teorie basate sui loro bisogni culturali, per poter offrire alle persone un'assistenza infermieristica efficace e soddisfacente; se quelle pratiche

infermieristiche non riescono a riconoscere aspetti culturali dei bisogni umani vi sarà una assistenza infermieristica meno efficace e vi saranno conseguenze sfavorevoli nei confronti dell'assistito.

Leininger sviluppa inoltre la sua teoria in base all'idea che le **culture** riescano a determinare la maggior parte dell'assistenza desiderata e di cui abbisognano da parte dei professionisti dell'assistenza sanitaria.

La sua teoria si rivolge ai fruitori dell'assistenza perché affermino i loro punti di vista, le loro conoscenze, le loro idee sul mondo e la loro pratica come basi per le azioni e per le decisioni professionali.

Madeleine Leininger ritiene che "l'assistenza sia la parte centrale più importante, più uniforme e più intellettuale del nursing".

Sebbene il nursing usi da più di un secolo le parole assistenza e assistere per descrivere se stesso e la sua pratica, mancano definizioni e una comprensione chiara di questi termini; un obiettivo importante è quello di essere in grado di documentare, conoscere, prevedere e spiegare se questa teoria generale sul nursing transculturale è valida e se o è a quali condizioni e in base a quali condizioni esterne ed interne.

Inoltre l'autrice afferma che "il comportamento e le attività di assistenza distinguono il nursing dai contributi delle altre discipline".

I motivi addotti per giustificare lo studio dell'assistenza si possono suddividere in alcuni presupposti fondamentali:

- a) L'assistenza sembra essere fondamentale per la crescita, lo sviluppo e la sopravvivenza degli esseri umani da milioni di anni.
- b) Il secondo motivo consiste nello spiegare e capire i ruoli del datore di assistenza e di colui che riceve assistenza nelle diverse culture.
- c) Preservare e mantenere l'assistenza come attributo umano è essenziale per

- la sopravvivenza degli esseri umani e delle culture nel tempo
- d) La professione non ha mai studiato in modo sistematico la “cura” in relazione all’assistenza infermieristica. E’ necessario che le infermiere si interrogino su questo ed aprano una riflessione accurata sul loro modo di concepire la cura e sui modi di realizzarla nel processo assistenziale.
- L’assistenza è un fenomeno universale ma le espressioni, i processi e i modelli variano in base alle culture.
 - Le azioni e i processi di assistenza sono essenziali per la nascita umana, lo sviluppo, la crescita, la sopravvivenza ed una morte serena.
 - L’assistenza è l’essenza e la dimensione pratica ed intellettuale unificante del nursing professionale.
 - L’assistenza ha dimensioni biofisiche, culturali, psicologiche, sociali ed ambientali che devono essere spiegate e verificate per offrire un’assistenza veramente olistica alle persone.
 - Gli atti infermieristici sono transculturali e richiedono l’identificazione e l’uso da parte dell’infermiere di dati interculturali infermiere- assistito e nel sistema.
 - I comportamenti, gli obiettivi ed i compiti di assistenza variano con la struttura sociale e con i valori specifici delle persone delle diverse culture.
 - La cura di sé e degli altri cambia nelle diverse culture e nei diversi sistemi di assistenza
 - L’assistenza deriva in larga parte dalla cultura e richiede conoscenze ed abilità basate sulla cultura stessa per essere efficace.
 - Non vi può essere cura senza assistenza ma vi può essere assistenza senza cura.

Madeleine Leininger individua quindi nel problema Culturale un punto centrale su cui fondare l’assistenza infermieristica.

Cultura intesa come insieme di valori, tradizioni, stili di vita, credenze religiose che caratterizzano un popolo. Possiamo definire l’approccio leiningeriano etno-antropologico perché attento alla persona nella sua situazione particolare, collocata nel suo contesto di vita e considerata secondo le proprie caratteristiche psico-fisico.

Il secondo contributo importante in ambito infermieristico antropologico deriva da **Marie Collière**, Infermiera francese. Nel suo saggio *Aiutare a vivere*, racconta del percorso assistenziale come di un incontro fra due o più persone⁷.

Il processo assistenziale ha inizio da un incontro tra due o più persone delle quali ognuna ha in mano degli elementi del processo. Questo processo si colloca all’incrocio di un sistema di scambio che ha origine da fonti diverse e complementari e che si propone di determinare la natura delle cure da prodigare, la ragione di queste cure, ciò che esse vogliono ottenere e i mezzi necessari ad assicurarle.

Qualunque situazione assistenziale è una *situazione antropologica*, cioè è qualcosa che riguarda l’uomo inserito nel proprio ambiente, intessuto di tutti i tipi di legami simbolici. E’ per questo che l’approccio antropologico sembra essere il procedimento più adatto per scoprire e comprendere le persone che vengono curate e per rendere significative le informazioni che esse veicolano.

⁷ Collière Marie, *Aiutare a vivere*, Edizioni Sorbona, Milano, 1990

Le informazioni zampillano improvvisamente da una qualunque conversazione o incontro, oppure possono essere l'oggetto di indagini più riflettute o preparate. E' precisamente quello che accade nelle situazioni assistenziali, dove tutti i tipi di informazione possono essere ottenuti nel corso di attività diverse, aprendo la via alla possibilità di raccoglierne altre in modo più volontario.

Il procedimento antropologico, secondo la Collière, si fonda su un *approccio globale* che ricolloca le persone nel loro contesto di vita, cercando di considerarlo e capirlo in rapporto ai costumi, alle abitudini di vita, alle credenze e ai valori che esso veicola e al tempo stesso ricollocando in rapporto a questo contesto l'impatto della malattia e delle minorazioni che ad essa sono legate (es. dare dei consigli alimentari o dei consigli di igiene a una mamma, o ad un malato, senza conoscere le loro abitudini alimentari, i loro gusti, le loro risorse economiche, è un modo di agire quasi sempre inadeguato).

Approccio globale significa comprendere che il filo conduttore non è unico. Numerosi fili tessono la matassa della vita, fili che sono sempre portatori di una simbologia, dai quali nessun aspetto potrebbe essere isolato. Il procedimento antropologico non potrebbe dunque essere sufficiente. Esso si amplia nel procedimento *antropo-biologico* che tenta di riconoscere il gioco di forze opposte che si affrontano in una stessa dialettica: forze di vita e forze di morte.

Il processo assistenziale è un processo di scoperta.

Scoprire significa non sapere all'inizio, ma osare andare oltre lo sconosciuto di cui è portatrice ogni persona che necessita delle cure, che a sua volta affronta l'ignoto di colui che cura.

Ogni situazione di cura è l'incontro di individui che devono cercare la loro

complementarietà in rapporto al loro bisogno di salute.

Così la prima scoperta consiste nel *ricollocarsi* vicendevolmente per sapere chi è l' 'altro, per definirlo ed *imparare a conoscerlo* a partire dai diversi *status*: sposo, padre o madre di famiglia, di tale età, nazionalità, professione ; a partire dalla sua *cultura* , dai *ruoli sociali* che derivano dagli *status sociali* e dalla cultura (es. quante volte le notizie anamnestiche rimangono "lettera morta"?).

Coloro che curano detengono il loro potere grazie agli utenti delle cure: questa fondamentale realtà è stata troppo spesso dimenticata.

Sono gli utenti delle cure e le loro famiglie che detengono tutti gli elementi fondamentali della situazione, essi ne sono la prima fonte della conoscenza, non solo per quello che dicono di se stessi, ma per tutto ciò che noi possiamo captare da quello che essi lasciano trasparire attraverso l'espressione non verbale: "il linguaggio silenzioso" cioè quel linguaggio del corpo, dello sguardo, del viso, dell'atteggiamento, del modo di vestire e dell'ambiente circostante. Non si tratta mai di studiare isolatamente l'uno o l'altro aspetto, ma piuttosto di cogliere i segni e i legami che si instaurano fra i diversi aspetti, per capire ed esplicitare ciò che le persone tentano di comunicarci, ciò che le preoccupa e ciò che crea loro problema.

Scoprire significa ricercare il senso di ciò che si è intuito ed inteso, e si può fare questo solo se le informazioni sono raggruppate ed analizzate alla luce di conoscenze che hanno come scopo quello di renderle significative.

2) Il processo assistenziale in rapporto alla funzionalità e a ciò che si prova.

Per funzionalità bisogna intendere la capacità di "funzionare", cioè di agire in prima persona per assicurarsi una risposta a un bisogno che concerne la propria vita, che una persona, una

famiglia, un gruppo può ,più o meno dimostrare di avere.

La funzionalità può essere valutata in termini di potere (potere parzialmente o non potere fare qualcosa), di sapere (conoscere,saper fare).

La funzionalità, per Collière, è influenzata fortemente da ciò che si prova.

Le motivazioni,le aspirazioni,gli interessi giocano un ruolo motore o inibitore sia su colui che cura che su colui che è curato.

Ciò che si prova è legato ad ogni situazione esistenziale e a seconda dell'esperienza vissuta, delle abitudini o delle credenze, mobilita o inibisce la persona. Lo stato emotivo se non riesce ad essere spiegato è spesso l'origine del disfunzionamento, dell'immobilità o di tutti i tipi di resistenza che non riescono a liberarsi.

3) Situare il progetto assistenziale nel tempo e nello spazio.

Un progetto di cure infermieristiche e la sua messa in atto richiede di essere situato nel tempo e nello spazio sia in rapporto alla sua durata, alla frequenza delle cure, al momento in cui bisogna donarle, che in rapporto al luogo in cui si rivolge l'azione assistenziale.

Il tempo

E' importante cercare di determinare gli indicatori della durata del progetto delle cure infermieristiche per prevedere la fine di un rapporto, per facilitare lo svolgimento progressivo e per non rischiare di prolungare all'infinito l'azione sanitaria stessa. Ogni azione,senza un filo conduttore attinto dalla situazione e non inserita in un tempo preciso si diluisce.

Lo spazio

Il tempo stesso non sarà vissuto allo stesso modo in tutti gli spazi. Tempo e spazio tessono congiuntamente la loro trama.

Uno spazio familiare per alcuni può essere temibile per altri e questo avviene anche per lo spazio ospedaliero, mondo conosciuto a chi impartisce le cure, ma così sconosciuto e

spesso "inospitale" per i malati e la loro famiglia.

E' attraverso lo spazio che noi mettiamo in movimento il nostro universo: l'immobilizzazione in una poltrona o in un letto riduce o arresta questo movimento;come compensarlo?

Lasciare il proprio spazio al momento del ricovero significa lasciare i propri riti, i propri simboli, per essere immersi in altri rituali senza essere iniziati. Un aspetto dell'azione assistenziale è quello di decodificare il simbolismo dello spazio degli utenti delle cure per vedere con loro come riaggiustarli quando la situazione lo richiede o come può essere possibile rendere uno spazio favorevole all'azione assistenziale o al riposo del malato in ospedale.⁸

4.L'arte di ascoltare.

L'ascolto è un processo complesso che richiede intenzionalità e disponibilità, conoscenza di sé e della propria visione del mondo,capacità di riconoscersi reciprocamente in una relazione senza confondersi o sovrapporsi.

Se manca l'intenzionalità si finisce per sentire solo chi grida più forte. Si è portati a lavorare sull'urgenza, sull'emergenza, tentando di tamponare di volta in volta i problemi più macroscopici, rinunciando a programmare il proprio lavoro. Tutto questo porta a interventi improvvisati e come tali, raramente efficaci ed efficienti, conduce a risposte standardizzate e burocratizzate, sopprime l'attenzione alla persona nella sua globalità ed unicità, appiattisce la creatività e la costruzione di rapporti che, attraverso l'accettazione dell'altro nella sua particolarità,

⁸ Masera Giuliana , *Assistenza transculturale.Le ragioni di un'accoglienza le possibilità per una convivenza.Per un'infermieristica al servizio della persona.* in Neu 1/2007 pag.33-47. rivista infermieri Neuroscienze formato cd-rom navigabile.

diano senso al soggetto. E' quindi necessaria un'attivazione professionale della funzione dell'ascolto finalizzandolo all'incontro con l'altro e alla conoscenza per poter realizzare degli interventi che siano "nutritivi", che possano situarsi in una dimensione promozionale e di crescita della persona e della comunità⁹

Saper dare la parola e ascoltare con attenzione e interesse è una disciplina difficile da apprendere. Ascoltare significa aver rispetto delle differenze, dei percorsi delle esperienze, dei desideri, dei bisogni dei progetti e delle attese.

Per poter ascoltare gli altri è necessario iniziare ad ascoltare se stessi. Non saper ascoltare consiste nell'incapacità di anteporre i bisogni dei pazienti ai nostri. Un primo passo verso la comprensione dell'altro consiste nel saper decifrare i propri pensieri e i propri sentimenti, nell'esser fedeli a sé stessi e nel sapere esattamente quel che vogliamo "esprimere".

Se vuoi comprendere quello che un altro sta dicendo, devi assumere che ha ragione e chiedergli di aiutarti a vedere le cose e gli eventi dalla sua prospettiva. L'ascolto attivo implica il passaggio da un atteggiamento del tipo "giusto-sbagliato", "io ho ragione-tu hai torto", "amico-nemico", a un altro in cui si considera che l'interlocutore è intelligente ponendosi quindi nelle condizioni di capire il suo punto di vista.

L'atteggiamento corretto da assumere quando si pratica l'ascolto attivo modifica ciò che convenzionalmente vengono considerate le caratteristiche di un buon ascoltatore: l'essere impassibile, neutrale, sicuro di sé, incurante delle proprie emozioni e teso a nascondere ed ignorare le proprie reazioni.

Ascoltare autenticamente significa: rinunciare all'arroganza "dell'uomo che sa" e

l'accettazione della vulnerabilità ma anche l'allegria della "persona che impara", che cresce che cambia con gli altri invece che contro gli altri¹⁰.

5. Coltivare l'umanità: cittadini del mondo

Forse per accogliere e quindi prenderci cura di coloro che sono "apparentemente" lontani da noi, potremmo partire dal presupposto di sperimentarci come uomini e donne cittadini del mondo appartenenti ad una stessa umanità.

Martha Nussbaum, filosofa americana approfondisce nel suo testo *Coltivare l'umanità*, la riflessione sull'essere e sentirsi cittadini del mondo.

Per la Nussbaum, non dobbiamo permettere che le differenze di nazionalità di classe o di appartenenza etnica o di genere creino delle barriere tra gli esseri umani.

Dovremmo riconoscere l'umanità e le sue componenti essenziali cioè la ragione e la capacità di scelta morale, ovunque esse si trovino e dovremmo essere fedeli in primo luogo alla comunità formata da tutti gli uomini.

L'ideale classico di cittadino del mondo può essere inteso secondo la filosofia americana in due modi: la versione più rigida e più esigente prospetta l'idea di un **cittadino che sia fedele in modo primario a tutti gli esseri umani** e le cui fedeltà nazionali, locali e di gruppo siano del tutto secondarie. La versione più attenuata ammette una pluralità di punti di vista alla base delle scelte prioritarie di ciascuno, ma afferma che, **in qualsiasi modo ordiniamo queste fedeltà dobbiamo riconoscere l'importanza della vita umana ovunque essa si presenti e considerarci legate da capacità e problemi comuni anche a persone che vivono a grande distanza da noi.**

⁹ Bosi Alessandro, Campanini Annamaria, *La cultura dell'ascolto nel presente. Percorsi di comunicazione nella vita quotidiana e nei servizi*. Edizioni Unicopli, Milano, 1997

¹⁰ Sclavi Marianella, *Avventure urbane progettare la città con gli abitanti*, Edizioni Eleuthera, 2002.

Tre sono per la Nussbaum le capacità necessarie per coltivare oggi l'umanità:

1) In primo luogo la capacità di giudicare criticamente se stessi e le proprie tradizioni.

2) I cittadini che coltivano la propria umanità devono concepire se stessi non solo come membri di una nazione o di un gruppo ma anche e soprattutto come esseri umani legati ad altri esseri umani da interessi comuni e dalla necessità di un reciproco riconoscimento.

3) Il terzo requisito viene definito "immaginazione narrativa"; la capacità di immaginarsi nei panni di un'altra persona, di capire la sua storia personale, di intuire le sue emozioni, i suoi desideri e le sue speranze. Questo non comporta una mancanza di senso critico, perché nell'incontro con l'altro manteniamo comunque fermi la nostra identità e i nostri giudizi. Un primo passo verso la comprensione dell'altro è essenziale per ogni giudizio responsabile, dal momento che non possiamo ritenere di riconoscere ciò che stiamo giudicando finché non comprendiamo il significato che una determinata azione ha per la persona che la compie o non capiamo il significato di un discorso in quanto espressione della storia di questa persona o del suo ambiente sociale.¹¹

Conclusioni

In una società interculturale l'assistenza si fa più complessa, è necessario acquisire tale consapevolezza per riconsiderare il rapporto con l'altro, il diverso, senza paura, pregiudizio, e diffidenza. La professione infermieristica anche se non ha ancora consolidato pienamente le sue basi tecnico-scientifiche, ha, per contro, un fortissimo potere di cui non è ancora consapevole. Si tratta, per utilizzare le parole di Manara, di un *potere culturale: è fondamentale che gli*

*infermieri trovino i modi per spiegare alla comunità la loro assistenza e misurarne i benefici e per fare questo non possono che incentivare i mezzi della ricerca di base e clinica, soprattutto in ambito accademico ed i canali della comunicazione di massa.*¹² Il bene salute nel futuro prossimo, con l'aumento della vita media di una popolazione sempre più eterogenea e multiculturale e il crescere delle malattie cronico degenerative, richiederà una diversa integrazione delle diverse professionalità sanitarie e sociali, con il pieno riconoscimento delle diverse professionalità sanitarie e sociali e dei rispettivi patrimoni di sapere e di cultura di ognuno.



¹¹Nussbaum Martha., *Coltivare l'umanità: i classici, il multiculturalismo, l'educazione contemporanea*. Roma, Carocci, 1999, pag. 74-75.

¹²Manara Duilio, *L'infermiere e la società*, NEU numero 2/3 Aprile-Settembre 2003 pag.16,17.

Il Pregiudizio

Morelli Samantha

Studentessa Primo anno,
Corso di Laurea in infermieristica, Corso di
demoetnoantropologia,
Università degli Studi di Parma, sede di Piacenza

Una prospettiva pedagogica

La definizione del termine pregiudizio (dal latino praepudicium) è: idea od opinione errata anteriore alla diretta conoscenza dei fatti o persone, fondata su convincimenti tradizionali comuni ai più, atte a impedire un giudizio retto e spassionato (vocabolario Il Nuovo Zingarelli XI ed.).

Esistono vari tipi di pregiudizio:

- ✓ **sociale**: un ristretto gruppo sociale giustifica la propria egemonia economica, politica, culturale sulla base della presunta incapacità del resto della società.
- ✓ **razziale**: si basa sulla affermazione della superiorità di una razza sulle altre ritenute inferiori.
- ✓ **etnico**: gli “estranei” sono concepiti come alieni, barbari o moralmente e mentalmente inferiori.
- ✓ **culturale**: deriva dall’etnocentrismo e considera la propria cultura come migliore rispetto alle altre.
- ✓ **di genere**: la donna è considerata il sesso debole per cui le sono precluse molte vie d’accesso a posizioni lavorative, politiche, culturali, sociali.

Il pregiudizio opera principalmente attraverso quello che è definito pensiero stereotipo.

Le caratteristiche fondamentali dello stereotipo sono:

- ✓ **condivisione sociale**: l’immagine relativa a un gruppo sociale è

generalmente condivisa da un altro gruppo.

- ✓ **generalizzazione**: l’immagine negativa attribuita ad un gruppo sociale è estesa a tutti gli appartenenti di quel gruppo.
- ✓ **rigidità**: è la resistenza al cambiamento, difficilmente è possibile estirpare uno stereotipo.

Entro una certa misura lo stereotipo è uno strumento utile ai fini del controllo e della prevedibilità della realtà.

Tutte le forme di pensiero, infatti, si basano su categorie attraverso cui gli individui ordinano in classi di fenomeni le esperienze vissute. Uno stereotipo può essere innocuo se neutrale, cioè se il suo contenuto emozionale è slegato dagli interessi dell’individuo. Un esempio concerne gli stereotipi nazionali: gli italiani sono considerati generalmente persone incostanti, mammoni, poco orientati alla comunità e più agli interessi privati; i tedeschi rigidi, amanti dell’ordine, conformisti e via dicendo. Queste categorizzazioni non hanno tuttavia ripercussioni rilevanti sulla maggior parte delle persone.

Quando invece gli aspetti della rigidità generalizzazione si esasperano e allo stereotipo si associano ansia e paura ne conseguono atteggiamenti di ostilità e disprezzo nei confronti di un determinato gruppo.

Il pregiudizio e l’antagonismo etnico percorrono la storia dell’umanità. Tutte le società sono state in misura diversa etnocentriche.

Vari meccanismi di esclusione come ad esempio la proibizione dei matrimoni tra membri di gruppi diversi, le restrizioni commerciali, la separazione fisica in ghetti, hanno rafforzato la divisione tra gruppi etnici.

Tuttavia l’analisi delle divisioni etniche del mondo deve tenere conto del ruolo fondamentale giocato dall’espansione dell’Occidente nel corso dei secoli e

dell'influenza della colonizzazione occidentale sul resto del mondo.

La fase iniziale del colonialismo coincise con l'affermazione del razzismo e in particolare delle concezioni che separavano i neri dai bianchi. L'opposizione tra bianco sinonimo di purezza e nero associato al male, alla morte, alla sporcizia era molto radicata nella cultura europea.

Tra XVIII e XIX sec. si diffuse tra gli europei il concetto di razza. Il conte J.A. de Gobineau, considerato il padre del moderno razzismo, proclamava l'esistenza di tre razze: bianca, gialla, nera. L'intelligenza e la superiorità morale dei bianchi giustificavano largamente, per de Gobineau, l'espansionismo occidentale.

I colonizzatori europei ma anche politici ed intellettuali dell'epoca erano fortemente convinti dell'inferiorità dei popoli non bianchi. Negli ambienti culturali si affrontavano due linee di pensiero: la linea "morbida" che riteneva i neri (e in genere tutti i non bianchi) inferiori ma sosteneva che i diritti civili non dovessero dipendere dal livello di intelligenza; la linea "dura" che negava ogni diritto ai popoli colonizzati proprio in virtù della loro inferiorità e natura sub-umana⁴.

In questo contesto nel quale nessuno dubitava della necessità di un ordine razziale, il pregiudizio acquistò anche una giustificazione scientifica grazie al determinismo biologico. Assunto del determinismo biologico era l'idea che il merito dovesse essere assegnato ai gruppi sociali misurandone l'intelligenza. Gli strumenti principalmente utilizzati a tale scopo furono la craniometria e i tests di intelligenza.

Un medico di Philadelphia, Samuel George Morton raccolse nella sua carriera più di mille crani. L'intento di Morton era di creare un ordinamento delle razze in base alle

caratteristiche fisiche del cervello e in particolare alla sua grandezza.

Il lavoro compiuto da Morton consisteva nel riempire le cavità craniche con semi di senape (successivamente utilizzò pallini di piombo) che erano versati in un cilindro graduato che permetteva di leggere il volume del cervello in pollici cubi. Tutti i lavori pubblicati sul valore intellettuale delle razze si accordavano perfettamente con i pregiudizi dell'epoca: i bianchi in cima alla scala, gli indiani in mezzo, i neri e le donne in fondo.

I lavori di Morton erano ovviamente un miscuglio di mistificazioni ed errori dovuti alla convinzione aprioristica dell'ordinamento razziale: gruppi di sottocampioni erano inclusi o cancellati per accordare le medie dei gruppi con preesistenti aspettative; non venivano calcolate le medie per sesso e statura; sovente i calcoli erano errati e i dati omessi.

Paul Broca (1824-1880), professore di chirurgia presso la facoltà di medicina di Parigi, studiò i metodi per misurare la capacità cranica e raffinò la tecnica prendendo in considerazione elementi come la forma e l'altezza del cilindro utilizzato per misurare la quantità dei pallini versati nel cranio, la velocità cui i pallini venivano versati nel cranio e il modo di scuotere e battere il cranio per compattare i pallini e determinare se ve ne fossero aggiunti altri. Nei lavori di Broca il metodo utilizzato seguiva sempre lo stesso schema: le conclusioni venivano prima delle dimostrazioni. Diversamente da Morton, Broca ebbe grande cura nel produrre dati ma il risultato fu lo stesso: gli esiti delle sue indagini riflettevano pienamente le concezioni razziste degli uomini dei suoi tempi.

Broca si occupò anche di cervelli femminili e nel 1861 scrisse a tal proposito: "Potremmo chiederci se le dimensioni del cervello femminile dipendono esclusivamente dalle piccole dimensioni del loro corpo. (...)

Tuttavia non dobbiamo dimenticare che le donne sono, in media, un po' meno intelligenti degli uomini, una differenza che non dobbiamo esagerare ma che, nondimeno,

⁴ Giddens A. *Fondamenti di sociologia*, Il mulino, Bologna, p. 241-243.

è un fatto reale. Siamo quindi autorizzati a supporre che le dimensioni relativamente modeste del cervello femminile dipendano in parte dall'inferiorità fisica in parte da quella intellettuale”.

Anche in questo caso le interpretazioni dei dati erano infondate. Il peso del cervello diminuisce con l'età e le donne studiate da Broca erano mediamente più anziane. Inoltre il peso del cervello aumenta anche con l'altezza e gli uomini erano mediamente più alti di 15 cm. Infine i dati di Broca non tenevano conto di informazioni circa altri fattori che possono influenzare le dimensioni del cervello come ad esempio la presenza di malattie degenerative.

Nel 1904 Alfred Binet, direttore dei laboratori di psicologia della Sorbona, fu incaricato dal ministro della Pubblica Istruzione di compiere uno studio finalizzato allo sviluppo di una tecnica capace di identificare bambini con scarse prestazioni e bisognosi di un'educazione speciale.

La scala elaborata da Binet comprendeva un insieme di attività in ordine crescente di difficoltà. I bambini iniziavano con i compiti per l'età più giovane e procedevano in sequenza finché non erano più in grado di eseguirli. L'età associata agli ultimi compiti corrispondeva all'età mentale del bambino e al suo livello intellettuale generale. I bambini la cui età mentale era al di sotto dell'età cronologica erano identificati per i programmi di educazione speciale.

Durante tutta la sua attività Binet insistette su tre principi: i punteggi sono uno strumento pratico e non definiscono nulla di innato o permanente; la scala non può essere utilizzata per classificare bambini normali ma è solo una guida empirica per valutare bambini con problemi di apprendimento; i bassi punteggi non devono essere usati per segnare i bambini come incapaci ma per aiutarli attraverso l'addestramento speciale.

Gli avvertimenti di Binet rimasero lettera morta.

Alcuni psicologi americani, come H.H. Goddard e L.M. Terman, consideravano i punteggi della scala di Binet espressione reale dell'intelligenza. Questi studiosi assunsero che l'intelligenza fosse una facoltà ereditata ed utilizzarono il punteggio del Q.I. ereditario per fissare persone e gruppi sociali a uno stadio di vita inevitabile. Goddard scrisse nel 1920: “Espressa nella sua forma più chiara, la nostra tesi è che il principale elemento determinante della condotta umana è il processo mentale unitario che definiamo intelligenza; (...) il grado di livello intellettuale o mentale è determinato dal gruppo di cromosomi che provengono dall'unione delle cellule germinali (...)”⁵.

I pregiudizi derivano non solo da una distorta visione della realtà. Nei processi di interazione gli individui tendono spesso ad agire sulla base delle proprie aspettative.

Sovente è ciò che ci aspettiamo dagli altri l'elemento fondante di tante interrelazioni.

Con “effetto alone” si intende, ad esempio, un fenomeno per cui attraverso l'eteropercezione si è portati ad uniformare tutte le dimensioni degli altri.

L'“effetto Pigmalione”, un fenomeno oggetto di esperimenti di psicologia sociale, spiega l'atteggiamento degli insegnanti a crearsi una propria immagine dell'allievo e la conseguente difficoltà a riaccomodarla.

Alcune teorie pedagogiche, come il labeling, hanno esaminato gli effetti e le conseguenze delle etichettature e delle classificazioni. Le etichette di “incapace” “deviante” “con problemi disciplinari” possono spingere un alunno ad infrangere nuovamente le regole e a cercare altri che si trovano nella sua stessa situazione. Questi gruppi formati dalla discriminazione tenderanno a creare delle sottoculture devianti e a vedere se stessi come portatori di un'etichetta.

⁵ Gould S.J. *Intelligenza e pregiudizio*, Il Saggiatore.

Chiunque abbia a che fare con gli altri sul piano educativo, anche l'infermiere dunque, può essere considerato un pigmalione.

La responsabilità dell'insegnamento è grave di implicazioni: il pigmalione può determinare cambiamenti nella personalità degli altri, deve dare risposte, fornire modelli.

Una prospettiva antropologica

In base all'articolo due, 4° comma, del codice deontologico l'infermiere "agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo".

Nella nostra epoca gli infermieri sono chiamati a svolgere la loro professione verso un numero sempre crescente di immigrati e persone provenienti da altre culture.

Nel 2001 il numero di stranieri ufficialmente registrati dal ministero dell'Interno in Italia era di 1.686.606. La presenza irregolare era stimata dal Governo a circa 400.000 unità.

Tra il 2001 e il 2004 il numero di presenze regolari è raddoppiato: il Dossier Statistico Immigrazione 2004 ha aggiunto alle persone registrate dal ministero dell'Interno (2,2 mln) 400.000 minori il cui numero è destinato ad aumentare al ritmo di 65.000 l'anno (35.000 come nuovi nati e 25.000 come nuovi ingressi).

In genere l'immigrato che arriva nel nostro paese è una persona in buone condizioni di salute, nella fascia di età giovane-adulta, forte fisicamente, con spirito d'iniziativa cioè è un soggetto teoricamente idoneo ad affrontare i disagi che l'immigrazione comporta. Questo aspetto è definito "effetto migrante sano".

Tuttavia man mano che l'immigrazione si stabilizza nel paese ospite l'effetto migrante sano viene meno per due ordini di motivi. In primo luogo l'individuo è esposto a vari fattori di rischio che ne minano la salute fisica e l'equilibrio psicologico: i problemi di integrazione e interazione acuiti dal disagio linguistico, la mancanza del supporto

familiare e di un reddito adeguato, il cambiamento nelle abitudini alimentari.

In secondo luogo i ricongiungimenti familiari da un lato riequilibrano la composizione per età e genere degli stranieri, dall'altro lato provocano un aumento delle richieste di assistenza socio sanitaria soprattutto per donne e bambini⁶.

Non bisogna dimenticare inoltre che spesso gli stessi operatori sanitari non sono a conoscenza delle norme vigenti circa la possibilità di accedere e tutte le possibili vie di assistenza e che, in genere, non possiedono un'adeguata comprensione del fenomeno migratorio.

L'infermieristica transculturale parte dal presupposto che il processo di cura non può trascurare il profondo legame esistente tra cultura e salute le quali si influenzano vicendevolmente.

Il nursing transculturale nasce grazie agli studi e all'opera di un'infermiera statunitense: Madeleine Leininger.

Nel 1959 la Leininger presta servizio in un reparto di pediatria ed è proprio in questo luogo che coglie in maniera lampante le difficoltà che incontrano gli infermieri a comprendere i fattori culturali che influenzano il comportamento dei bambini. Nello stesso anno si iscrive all'Università di Washington dove consegue il dottorato in antropologia.

La Leininger definisce l'infermieristica transculturale "una branca del nursing che prende in considerazione lo studio comparato e l'analisi di diverse culture in rapporto al nursing e alle pratiche di assistenza connesse allo stato di salute e malattia, alle credenze e ai valori con lo scopo di fornire alle persone assistenza infermieristica efficace e significativa, in linea con i loro valori culturali e il contesto".

I concetti fondamentali della teoria della Leininger sono:

⁶ Tartaglini D. (a cura di) *L'infermiere e la comunità. Teorie e modelli organizzativi per il lavoro sul territorio*, Carocci Faber, p. 85-99.

- ✓ **cultura**: l'insieme dei valori appresi condivisi e tramandati che guidano il pensiero e le azioni di un gruppo sociale secondo determinati schemi di comportamento.
- ✓ **assistenza**: l'insieme dei valori e dei comportamenti che aiutano l'individuo a conservare il benessere, a migliorare il modo di vivere, ad affrontare la morte o l'invalidità. L'assistenza umana è universale perché trasversale a tutte le culture ma è anche specifica poiché esercitata sulla base di azioni, modelli, stili diversi.
- ✓ **visione del mondo**: il modo in cui la persona osserva il mondo e crea un proprio atteggiamento su di esso.
- ✓ **sanità o sistema di benessere folk (popolare)**: l'assistenza e le pratiche di cura tradizionali di una data comunità sociale. Queste pratiche hanno particolare significato ed importanza e generalmente sono utilizzate a domicilio o nella comunità⁷.

I concetti di cultura, assistenza, visione del mondo, sistema di benessere folk costituiscono le basi del Modello del Sole Nascente.

Il Modello del Sole Nascente si compone di quattro livelli che muovono dalla struttura culturale e sociale (primo livello), passano attraverso gli individui, le famiglie, i gruppi e le istituzioni nei vari sistemi sanitari (secondo livelli) per arrivare alle decisioni e alle azioni di assistenza infermieristica nell'ambito dell'assistenza culturale (terzo livello).

Nel quarto livello vengono suggeriti gli elementi che devono accompagnare l'assistenza infermieristica: conservazione,

adattamento e rimodellamento dell'assistenza culturale⁸.

Il benessere del paziente è, per la Leininger; lo scopo ultimo dell'assistenza infermieristica che dovrà basarsi su processi e comportamenti personalizzati che richiedono il rispetto e la comprensione della cultura del paziente.

Una prospettiva psicologica

Se l'obiettivo dell'assistenza infermieristica è il benessere della persona, l'alleanza terapeutica con il paziente diventa allora un mezzo indispensabile per attuare il processo di salute. Uno strumento a disposizione dell'infermiere per gestire il rapporto con il paziente è l'intelligenza emotiva. L'intelligenza emotiva, secondo D. Goleman, è caratterizzata dalla capacità di auto motivarsi, controllare i propri impulsi, modulare gli stati d'animo, essere empatici.

L'intelligenza emotiva si compone di due elementi principali: le competenze personali e quelle relazionali.

Le competenze personali concernono la consapevolezza e la padronanza di sé. Conoscere se stessi significa anche conoscere e imporre un nome alle proprie emozioni.

Le abilità relazionali riguardano la comunicazione e l'empatia. L'empatia su sé e su gli altri consente di dar voce alle emozioni che attraversano i rapporti interpersonali.

Per J. Travelbee l'empatia consiste nella capacità di prevedere i comportamenti della persona con cui si è sviluppata una relazione. Le emozioni espresse, la comunicazione, l'empatia favoriscono il riconoscimento dell'altro.

J. Travelbee e M. Collière hanno spesso sottolineato come attraverso il riconoscimento si conferiscano dignità e valore agli altri qualunque sia la loro etnia, cultura, religione, sesso.

⁷ George J.B. *Le teorie del nursing. Le basi per l'esercizio professionale*, Utet, p.248-260.

⁸ Masera G. *Prendersi cura dell'altro. Dal rispetto al riconoscimento attraverso il dialogo e la cura*, Il pensiero Scientifico ed., p.14-20.

Hans Gadamer, a tal proposito, parla della necessità di una “fusione di orizzonti” intesa come il superamento dei propri confini culturali allo scopo di imparare ed accettare l’esistenza di tanti altri mondi possibili: gli altri con i loro valori e principi⁹.

Al tema del riconoscimento è legato quello del rispetto.

Erich Fromm ne “L’arte di amare” sostiene che “rispetto non è timore né terrore; esso denota, nel vero senso della parola (respicere=guardare), la capacità di vedere una persona com’è, di conoscere la vera individualità. Rispetto significa desiderare che l’altra persona cresca e si sviluppi per quello che è”.¹⁰

Il rispetto, il riconoscimento dell’altro, l’accoglienza, la sospensione del giudizio sono valori fondamentali dai quali l’opera di chi si occupa della cura degli altri non può prescindere e dai quali può dipendere in larga misura l’esito positivo dell’intervento sanitario.

Bibliografia

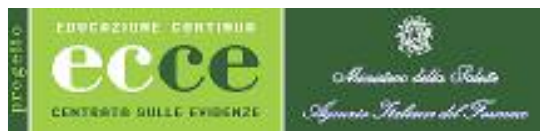
George J.B., *Le teorie del nursing. Le basi per l’esercizio professionale*, Utet, 1995.

Giddens A., *Fondamenti di sociologia*, Il Mulino, 2006.

Gould S. J., *Intelligenza e pregiudizio. Contro i fondamenti scientifici del razzismo*, Il Saggiatore, 2005.

Masera G., *Prendersi cura dell’altro. Dal rispetto al riconoscimento attraverso il dialogo e la cura*, Il Pensiero scientifico Editore, 2006.

Tartaglini D. (a cura di), *L’infermiere di comunità. Teorie e modelli organizzativi per il lavoro sul territorio*, Carocci Faber, 2006



⁹ Masera G. *Prendersi cura dell’altro. Dal rispetto al riconoscimento attraverso il dialogo e la cura*, Il pensiero Scientifico ed., p. 43-51.

¹⁰ Ibidem, p.46.

I verbi della cura: ripensare la cura attraverso la voce degli operatori

Partelli M. Teresa

Abstract tesi di laurea in infermieristica
Università degli studi di Parma. Anno
accademico 2005-2006

Nel corso della vita tutti gli esseri umani sperimentano momenti in cui hanno bisogno di ricevere cura, poiché nessuno è in grado di soddisfare autonomamente tutte le condizioni necessarie alla vita.

La cura costituisce, dunque, una risposta necessaria ad una condizione di forte dipendenza da altri. In questo senso si può parlare della cura come di una necessità universale della condizione umana : anche se ogni società interpreta diversamente i modi della cura, perché differenti sono le concezioni di benessere, tutti hanno comunque necessità di cura.

La cura richiede tempo: è dare tempo all’altro.

Per attualizzarsi la cura necessita che chi-ha-cura e chi-riceve-cura comunichino ed interagiscano l’uno con l’altro e che in questa interazione chi-ha-cura eserciti le qualità distintive dell’essere umano: linguaggio, pensiero ed emozioni che consentano di empatizzare e comprendere i reali bisogni dell’altro.

Partendo da queste riflessioni, nella prima parte della tesi, ho cercato in Patricia Benner le ragioni in merito all’agire la cura da parte dell’infermiere, ponendo particolare attenzione alle capacità assistenziali derivanti dall’esperienza.

Patricia Benner applica all’infermieristica, come chiave di lettura dell’esperienza di pratica assistenziale, il modello Dreyfuss sull’acquisizione delle abilità .

I cinque livelli di abilità che ne derivano, riassumono e riflettono

l'esperienza formativa, professionale e clinica degli infermieri nelle varie fasi del loro percorso di vita professionale. Ecco, dunque, che l'eccellenza nell'esercizio professionale trova il suo itinerario attraverso cinque livelli di abilità del professionista: l'infermiere novizio, l'infermiere principiante avanzato, l'infermiere competente, l'infermiere abile e l'infermiere esperto.

Le trentuno competenze professionali che ne derivano, descritte dagli infermieri intervistati e segnalati nel testo della Benner, vengono poi classificate in sette aree di pratica infermieristica:

- Ruolo di aiuto
- Funzione di insegnamento-coaching (attività dell'allenatore)
- Funzione diagnostica e di monitoraggio del paziente
- Gestione efficace di situazioni soggette a rapidi cambiamenti
- Somministrazione e monitoraggio di interventi e regimi terapeutici
- Monitoraggio ed assicurazione della qualità delle attività di assistenza sanitaria
- Competenze organizzative e relative al ruolo lavorativo

Nella seconda parte della tesi, sollecitata dalle riflessioni di Lugina Mortari contenute nel suo testo *“La pratica dell'aver cura”*, ho cercato in particolare di comprendere come anche gli infermieri stranieri operanti nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma intendano la cura utilizzando, quale metodica d'indagine, un'intervista semistrutturata che sottoponesse alla loro riflessione personale quattro termini legati alla pratica assistenziale: Occuparsi, Preoccuparsi, Aver premura ed Aver devozione.

Ed ecco di seguito le domande poste ai Colleghi Infermieri :

1. *Il concetto di “cura” e “prendersi cura” secondo lei, quale valenza assume per l'Infermiere nello svolgimento della propria professione?*

2. *Spieghi con le sue parole il significato che darebbe ai seguenti verbi:*

- *Occuparsi*
- *Preoccuparsi*
- *Aver devozione*
- *Aver premura*

3. *Pensa sia importante un'assistenza alla persona basata sull'esperienza personale del professionista? Se sì, perché?*

4. *Nel suo Paese quale importanza assume la figura del Professionista Infermiere?*

Conclusioni della ricerca

Relativamente alla prima domanda e da ciò che ne è scaturito, si evince che la cura viene intesa come:

- un'attività pensata ed agita per soddisfare i bisogni dell'altro: è di estrema importanza investire tempo ed energie nel momento dell'incontro con l'altro
- un agire per l'altro: ciò fa della cura una pratica unica ed essenziale dell'attività infermieristica

□ un momento di incontro che favorisce un reciproco dare e ricevere, un “*labor of love*” che rappresenta in sé stesso una valida ricompensa: la gratitudine che si può cogliere nello sguardo o nelle parole di chi-riceve-cura, il suo ben-essere e la sua felicità, può costituire per chi-ha-cura una ricompensa maggiore di qualsiasi beneficio materiale!

Relativamente alla seconda domanda, dove si chiedeva quale interpretazione poteva essere data ai verbi Occuparsi, Preoccuparsi, Aver devozione ed Aver premura, ho cercato di scorporare ulteriormente la declinazione dei verbi proposti identificando possibili azioni riferibili al quotidiano agire infermieristico; da tutto ciò ho dedotto che:

- *l' Occuparsi è attribuibile al.....*
 - *saper rispondere ai bisogni primari del paziente: nutrirlo, lavarlo, vestirlo*
 - *farsi carico del paziente*
 - *stabilire una relazione*
 - *ascoltare*
- *il Preoccuparsi prevede:*
 - *il vivere un maggior coinvolgimento emotivo e "capire nel profondo"*
 - *il capire quello di cui il paziente ha veramente bisogno*
 - *il monitorare nel tempo ciò che hai svolto sulla persona*

- *l' aiutare l'altro a raggiungere la propria autonomia*
- *l'intuire quelle che sono le priorità nella scelta delle cure*

• *l'Aver devozione e l' Aver premura sono declinabili come:*

- *“porre lo sguardo verso”*
- *rispettare la sacralità della vita*
- *lavorare con amore*
- *essere accanto spiritualmente all'altro*

Relativamente alla terza domanda, le risposte date rispecchiano fedelmente quanto fino ad ora si è detto e cioè che:

- Ogni infermiere è fermamente convinto che occorre avere alle spalle un'esperienza formativa, professionale e clinica adeguate per il proprio agire quotidiano.

Il sapere, il saper essere ed il saper fare sono valori che si possono acquisire e migliorare durante tutto il percorso professionale e riassumono e riflettono il comportamento e l'agire personale di ognuno : scienza e la coscienza devono camminare di pari passo perché si possa parlare di una pratica clinica infermieristica eccellente!

Le argomentazioni degli infermieri relative alla disciplina infermieristica nelle sue connessioni tra teoria e prassi, sottolineano la centralità dell'esperienza e della conoscenza clinica per la formazione di base, specialistica e

continua e per uno sviluppo della carriera clinica focalizzato sull'eccellenza, appunto, della pratica assistenziale.

Le risposte date alla quarta domanda hanno sottolineato e rinforzato l'idea della:

- **UNICITA'**, a livello mondiale, della figura infermieristica: l'infermiere è colui che è preposto all'assistenza di base della persona, all'"*ab-sistere*" (stare vicino all'altro); è l'essere umano che sta vicino all'altro essere umano per aiutarlo, per soddisfare i suoi bisogni, sostituendosi a lui in particolari momenti della vita: il prendersi a cuore la persona nella sua essenza vuol dire rispettarla, proteggerla, ascoltarla ed amarla.

* La versione integrale della tesi è scaricabile dal sito www.ampess.it o www.ipasvira.it



“Non calpestate le farfalle”

A cura di **Luca Venturini**
Vicepresidente AMPESS
Recensione

Mi è capitato, in una torrida giornata di mezza estate, di leggere la breve recensione di un libro che ha destato immediatamente la mia attenzione e di cui consiglio vivamente la lettura.

Il libro in questione si chiama “Non calpestate le farfalle” ed è stato scritto da Aki Ra, un ex bambino guerriero cambogiano, e da Anais Ginori, giornalista di Repubblica.

Nella prima parte del libro, la più toccante e sconvolgente, Aki racconta la presa del potere da parte di Pol Pot, chiamato anche il fratello Numero Uno (il cui momento cruciale è la presa della capitale Phnom Penh nel 1975) e dei suoi khmer rossi e tutti gli orrori che ne sono conseguiti.

A 7 anni compiuti Aki perde i suoi genitori.

Prima suo padre che ammalato e affamato in ospedale si avventò su una razione di riso e pollo. Il soldato lo accusò di fingersi malato..lo portarono via dall'ospedale e nessuno lo vide mai più. Sua madre invece raccoglieva liquami ed escrementi per il regime dalle famiglie per concimare i campi.

Un giorno un anziano stava per inciampare e lei lo avvertì “attenzione nonno, guarda dove metti i piedi”. Purtroppo vigeva la regola che solo i soldati potevano rivolgere la parola ai lavoratori. Da quel giorno la rimandarono a “scuola”: anche lei sparì per sempre!

In quel tempo bastava poco: una frase, un atteggiamento, persino uno sguardo sbagliato poteva costare la vita.

Il motto dei soldati era: “Chi protesta è un nemico, chi si oppone è un cadavere”.

Da lì la scelta: o imbracciare un fucile e combattere per i khmer rossi oppure morire passivamente in un “campo di rieducazione” (per la storia i *killing fields*) come tanti altri bambini.

Imbraccia così il fucile e non lo lascerà per i successivi 10 anni, neppure quando passerà dalla parte del nemico vietnamita e combatterà contro i suoi stessi “fratelli” khmer.

La prima frase con cui Aki Ra inizia il libro è molto significativa: “Confesso che ho ucciso!”

Cosa c'è di più brutale che condizionare un bimbo ad uccidere? Aki viene letteralmente educato e condizionato dai soldati ad uccidere, al punto che negli anni a seguire la percezione della propria morte muta letteralmente e Aki non ha più paura.

Fondamentalmente anche perché non ha niente da perdere...la sua famiglia sono i soldati: non possiede nulla e non ha affetti particolari legati a persone care che possa temere di perdere.

Tutto è un grande spaventoso e violento oblio immerso nelle verdi foreste e immense risaie cambogiane.

Anche la morte vista negli occhi delle persone uccise, da una mina, da un colpo di fucile o di un'arma da taglio, diventa indifferenza. Forse nel tempo ci si abitua ho pensato. Quando passi gli anni della tua infanzia con un AK47 tra le mani e quando il tuo obiettivo della giornata, dall'alba al tramonto, è uccidere, alla fine o si impazzisce oppure si sopravvive obnubilando (per difesa!?) quel sentimento di pietà che credo alberghi in ognuno di noi.

Tutti i regimi sono aberranti e questo non fa eccezione, anzi durante la lettura ho notato delle efferatezze terribili.

La storia è sempre quella. Un carismatico soggetto delirante vuole imporre a tutti i costi una ideologia a un gruppo di persone, e lo fa con la forza e con la violenza, diventando il “dio”, cioè colui che decide chi deve vivere e morire, colui che decide cosa è giusto e cosa è sbagliato.

Quando il gruppo di persone sono svariati milioni la situazione diventa apocalittica con conseguenze tragiche.

Non solo la vita umana aveva perso dignità e valore, ma il regime di Pol Pot è riuscito in pochi anni a distruggere anche l'economia di una paese, di cui ancora ora ne sta vivendo gli effetti negativi.

Tutti gli abitanti della capitale Phnom Penh furono deportati nei campi e privati di ogni cosa, soprattutto degli affetti più cari, della dignità e spesso della vita stessa.

Fu un vero e proprio sterminio! Chi non moriva durante i tragitti o sulle mine, terminava la propria vita in uno dei tanti campi di rieducazione.

L'elemento che lascia maggiormente sorpresi è la totale e assoluta mancanza di una qualsiasi minimo senso di umana pietà, tipico comunque di tutti i regimi.

Un episodio tra i tanti: Aki assieme ad altri bambini vive in un villaggio e il pasto quotidiano consisteva in una scodella di *bo bo* (acqua di riso in cui galleggiava qualche chicco se si era fortunati. In quel tempo se si riusciva a prendere un topo si mangiava di lusso per due giorni!).

Un suo amico di nome Chat riesce ad entrare occultamente di notte nell'allevamento di maiali del villaggio: i maiali sono abbondantemente nutriti (molto meglio dei bambini!!) così il bimbo si ciba abbondantemente del pane raffermo destinato ai porci.

I soldati quotidianamente raccoglievano le feci dei bimbi per concimare i campi e, nel contempo, averne un controllo maggiore.

Naturalmente quando il soldato vide quella massa fecale notevolmente grande rispetto alle altre chiese di chi era. Nessuno rispose, così alla minaccia di “fare di tutta l'erba un fascio” Chat disse: “è mia”.

Esso venne preso dai soldati e portato via. Fu brutalmente ucciso..dopo avergli fatto mangiare i suoi stessi escrementi, considerati “troppo abbondanti”.

Questo è uno dei tanti episodi dei quali (fortunatamente) ci scandalizziamo; pare che la ferocia e il delirio umano non abbiano

limiti né confini e che veramente la fantasia e la creatività umana in fatto di torture e modi di uccidere siano infinite.

Basti pensare al famoso centro S-21 (da Santebal – la polizia segreta- unito al 21 nome in codice di Tuol Sleng)) situato nel ex liceo di Tuol Sleng, dove si sono compiute delle barbarie atroci sui prigionieri, a cui venivano estorte con metodi inimmaginabili fino alla morte, le più disparate confessioni; di essere spie della CIA, del KGB o addirittura di tutte e due!!

Soltanto sette sono usciti vivi dal centro. Su dodicimila!

Non v'è quindi altra spiegazione accettabile che quella di delirio e di incomprensibile follia perché altro non può essere. E non mi riferisco solo ai dittatori; ma anche e soprattutto a chi li segue (una moneta da sola non suona mai..) e si converte con fervente e fideistico servilismo alla loro "ideologia", qualsiasi essa sia.

La storia dell'umanità è piena di esempi e il ventesimo secolo credo sia stata l'apoteosi delle brutalità..fascismo, nazismo, stalinismo, Pol Pot, Saddam e i regimi nei vari stati africani tanto per citarne alcuni. Se si va nel dettaglio la lista si allunga.

Momenti di culmine glorioso espressi in tutta la loro enfasi (es le fastose parate fasciste e naziste..) per poi finire spesso (tipico di tutti i regimi) in una ingloriosa e umiliante capitolazione, dove sovente ci si sbrana come cani rabbiosi l'uno con l'altro con tradimenti inaspettati e rovesciamenti repentini di potere.

Anche il regime di Pol Pot non ha fatto eccezione in questo; molti dei collaboratori e compagni di partito più stretti del dittatore sono morti per ordine di Pol Pot stesso, il quale alla fine vedeva nemici dappertutto ed era ossessionato dall'idea di essere tradito.

La vera fratellanza e l'amicizia non trovano un terreno molto fertile nei regimi.

Ma cosa ha di particolare questa storia? I bambini guerrieri non sono esistiti

solo in Cambogia ma anche in Africa, in Sudamerica, in Medio Oriente etc..

Aki negli anni della guerra è diventato esperto sminatore.

Pare abbia una sorta di straordinaria attitudine a fare questo, anche se prima di diventare sminatore le mine le seminava nel terreno, con le conseguenze che si possono immaginare.

Alla fine della guerra Aki ha ritrovato se stesso e ha iniziato a provare orrore per quello che aveva fatto trovando la forza di cambiare il proprio destino e, da un lato, la propria natura. Ha così deciso di collaborare con l'ONU per rimuovere le mine che, a milioni, sono sparse per la Cambogia e che ancora oggi mietono vittime innocenti.

Queste mine sono di diverse forme, alcune tra le quali assomiglianti ad ananas, a biro oppure a delle farfalle (da qui il titolo del libro).

Per questo i bimbi le raccolgono o le calpestano con conseguenze tragiche. Sono a migliaia i bimbi mutilati e uccisi ogni anno.

Aki, combattendo con straordinaria caparbieta' contro il "Sistema della nuova repubblica", instaurata dopo le "elezioni libere" del 1993, ha costruito tra mille difficoltà e vessazione di ogni tipo (minacce di morte, botte, insulti etc) un museo dove mostra le tipologie di mine che lui stesso ha estratto dal terreno corredato da icone che descrivono la storia della Cambogia degli ultimi anni.

Ma, cosa più importante, ospita bambini mutilati (in Cambogia solitamente i bambini mutilati vengono estraniati dalla famiglia perchè non "servono più") che non hanno più famiglia e li fa studiare.

Sono per lui come figli oltre a quelli naturali avuti dalla amata moglie Hourt: una sorta di riscatto della vita precedente e una speranza per la Cambogia del futuro, per una Cambogia che non dimentichi.

In tutto questo è stato fortunatamente aiutato da alcune ONG che lo hanno appoggiato sia dal punto di vista logistico che economico.

Una leggenda popolare cambogiana insegna che "un cocodrillo non può rinascere monaco. Ma la vita di Aki Ra ha sfatato, almeno per una volta, la leggenda.

Dati del libro:

- **Titolo:** Non calpestate le farfalle
- **Autori:** [Aki Ra](#), [Ginori Anaïs](#)
- **Editore:** [Sperling & Kupfer](#)
- **Data di Pubblicazione:** 2007
- **Collana:** [Diritti & rovesci](#)
- **ISBN:** 8820041707
- **ISBN-13:** 9788820041700
- **Pagine:** XIII-205

Il sito del museo di Aki Ra, corredato da foto e informazioni è:

www.cambodialandminemuseum.org

La mail è

info@cambodialandminemuseum.org



Incidenti stradali : ma diamo i numeri ... ?

*A cura di **Bartolini Nadia**
Segretaria AMPESS*

Ogni giorno in Italia si verificano in media **617 incidenti stradali**, che causano la morte di 15 persone e il ferimento di altre 860.

Nel complesso, **nell'anno 2005** sono stati rilevati **225.078 incidenti stradali**, che hanno causato il decesso di 5.426 persone, mentre altre 313.727 hanno subito lesioni di diversa gravità. Rispetto al 2004 si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti (-1,8%), del numero dei morti (-4,7%) e del numero dei feriti (-2,7%).

L'analisi dell'incidentalità nel lungo termine evidenzia, anche se con qualche oscillazione, un andamento crescente del numero degli incidenti e dei feriti nel periodo 1991-2002. A partire dall'anno 2003 inizia un trend discendente, attribuibile anche in parte all'entrata in vigore del Decreto Legge n. 151 del 27 giugno 2003 che ha introdotto la patente a punti e nuove regole in tema di codice della strada. La legge introduce sanzioni più severe per tutti gli automobilisti indisciplinati e prevede un inasprimento dei punti da sottrarre a seconda delle infrazioni commesse.

(La patente a punti è stata introdotta con il **DL n. 151 del 27 giugno 2003**, modificato in alcuni punti prima di essere definitivamente convertito con la **legge n. 214 del 1 agosto 2003**. I punti vengono sottratti facendo riferimento alla tabella allegata all'art. 126 bis del codice della strada. In pratica, tutti i titolari di patente italiana (o membri dell'UE con residenza in Italia e dunque con patente convertita) dal 30 giugno 2003 hanno ricevuto un "bonus" virtuale di 20 punti. Chi commette infrazioni al codice stradale, oltre ad una sanzione pecuniaria, è assoggettato alla decurtazione di un certo numero di punti, variabile a seconda della gravità dell'infrazione commessa.)

Nel complesso emerge, inoltre, una costante riduzione della gravità degli incidenti, evidenziata dall'**indice di mortalità** (numero di morti ogni 100 incidenti) che si attesta al **2,4%**

del 2005 contro il 4,4% del 1991 e dall'**indice di gravità** che passa da 3,0 a 1,7 decessi ogni 100 infortunati.

Dove avvengono gli incidenti

Le città si confermano i luoghi dove si riscontrano la maggior parte di incidenti e di feriti: nel 2005 sulle **strade urbane** si sono verificati **172.422 incidenti** (il 76,6% del totale degli incidenti) che hanno causato 228.109 feriti (pari al 72,7% sul totale).

Il numero dei morti sulle strade urbane è pari al 44,5% (2.417 in valore assoluto).

Mesi, giorni della settimana e ore del giorno più a rischio

Il mese in cui si verifica il maggior numero di incidenti stradali è maggio (22.562 in valore assoluto) mentre giugno risulta essere il mese con la media giornaliera più alta (735). Febbraio costituisce, invece, il mese con il più basso numero di incidenti in valore assoluto (14.905) mentre gennaio è il mese avente la media giornaliera più bassa (503). Per quanto riguarda il numero di morti, luglio costituisce il mese in cui tale valore risulta massimo: 603 in valore assoluto e 19 in media giornaliera. Analogamente, il valore più basso si colloca in corrispondenza del mese di febbraio in cui si registrano 357 morti per incidente stradale pari a circa 12 decessi al giorno.

Il tasso di mortalità più elevato si registra nel mese di agosto, probabilmente a causa del maggior tasso di occupazione dei veicoli in occasione degli esodi estivi.

Anche per quanto riguarda i dati dell'incidentalità per tipologia di strada, si può rilevare che sulle **strade urbane** la frequenza più elevata degli incidenti si colloca in corrispondenza del mese di **maggio** (17.587) e la più bassa nel mese di febbraio (11.399).

Sulle **strade extraurbane** il maggior numero di incidenti e di morti si registra nel mese di **luglio** (rispettivamente 5.527 e 350).

L'analisi dei dati effettuata per giorno della settimana evidenzia che **venerdì** è il giorno dove si concentrano il maggior numero di **incidenti**: 34.918, pari al 15,5% del totale. La frequenza più elevata di **morti** si osserva la **domenica** (1.014 decessi pari al 18,7%), mentre è il **sabato** il giorno in cui si registra il valore massimo dei **feriti** (48.871 pari al 15,6%).

L'indice di mortalità per giorno della settimana presenta il valore massimo (3,8%) la **domenica** mentre scende al 2,0% dal martedì al giovedì.

Analizzando la distribuzione degli incidenti durante l'arco della giornata, si osserva un primo picco intorno **tra le ore 8 e le 9 del mattino**, probabilmente legato all'elevata circolazione derivante dalla mobilità sistematica dovuta agli spostamenti casa-ufficio e casa-scuola; un secondo picco, si rileva **tra le ore 12 e le 13** in corrispondenza dell'uscita dalle scuole e in relazione alla mobilità di alcune categorie (professionisti, commercianti, eccetera) che usufruiscono dell'orario spezzato; infine, il picco più elevato di incidentalità si registra intorno alle **ore 18**, quando si cumulano gli effetti dell'incremento della circolazione dovuto agli spostamenti dal luogo del lavoro verso l'abitazione con fattori psico-sociali quali lo stress da lavoro e la difficoltà di percezione visiva dovuta alla riduzione della luce naturale non ancora sostituita da quella artificiale.

La notte: meno incidenti, ma più pericolosi

È la notte il momento in cui gli incidenti presentano il più elevato tasso di mortalità, anche se il numero di sinistri è più basso. In questo arco temporale, l'indice di mortalità registra il valore massimo intorno alle **ore 5 del mattino** (6 morti ogni 100 incidenti). Nel 2005 nella fascia oraria compresa **tra le 22 e le 6** si sono verificati 35.098 incidenti stradali che hanno causato il decesso di 1.529 persone (pari al 28,2% dei morti totali) e il ferimento di altre 54.873.

Gli incidenti del **venerdì e sabato** notte sono pari al 44,3% del totale degli incidenti notturni; analogamente, i morti e i feriti del venerdì e sabato notte rappresentano, rispettivamente, il 45,0% e il 47,1%. Gli incidenti notturni rilevati negli altri giorni della settimana (fatta eccezione quindi per il venerdì e il sabato notte) costituiscono complessivamente il 55,7% di tutti gli incidenti della notte.

L'**indice di mortalità** degli incidenti avvenuti durante la notte è pari al 4,4% contro il 2,4% della media nazionale. Tale indice assume valore massimo in corrispondenza del venerdì notte (4,7%).

Da un'analisi dei dati degli incidenti avvenuti durante la notte per **tipologia di strada**, si rileva che gli incidenti in area urbana sono più del doppio di quelli in area extraurbana, ma la pericolosità delle strade extraurbane è molto più elevata di quella delle strade urbane: l'indice di mortalità in città è pari al 2,5% mentre fuori città tale indicatore assume il valore di 8,9% circa.

Come e perché avvengono gli incidenti

La maggior parte degli incidenti stradali è rappresentata da uno **scontro tra due o più veicoli** (76,7%); soltanto il 23,3% degli incidenti avviene tra veicoli isolati. Nell'ambito degli incidenti tra veicoli la tipologia di incidente più diffusa è lo scontro frontale-laterale (79.706 casi) con 1.388 morti e 113.257 feriti seguita dal tamponamento che registra 42.435 casi con 526 morti e 67.685 persone ferite.

Tra gli incidenti a veicoli isolati la fuoriuscita o sbandamento del veicolo rappresenta la maggior parte dei casi (21.637 incidenti) con 1.061 morti e 27.191 feriti. Nell'ambito dei **comportamenti errati di guida**, il mancato rispetto delle regole di precedenza, la guida distratta e la velocità troppo elevata costituiscono da sole il 50% dei casi.

Lo **stato psico-fisico alterato**, pur non rappresentando una percentuale elevata del

totale dei casi (2%), va segnalato per la gravità degli eventi ed il fatto che essi coinvolgono di più i giovani. Le cause principali che rientrano in tale categoria sono: l'ebbrezza da alcool (4.107 casi pari al 70% della categoria), il malore improvviso, l'ingestione di sostanze stupefacenti o psicotrope ed il sonno che con 1.551 casi pesano per il 26%.

Soltanto in 766 casi, che pesano per lo 0,3% sul totale, sono stati **difetti o avarie del veicolo** ad aver causato gli incidenti.

Chi viene coinvolto: conducenti, passeggeri e pedoni

Il 67,0% dei morti ed il 70,8% dei feriti a seguito di incidente stradale è costituito dai **conducenti** dei veicoli coinvolti, i **passeggeri** trasportati rappresentano il 20,0% dei morti ed il 23,2% dei feriti ed i **pedoni**, che costituiscono un'utenza debole della strada, risultano appena il 6,1% dei feriti ma ben il 13,0% dei morti.

Le differenze tra i livelli di rischio per le diverse categorie di utenti emergono più chiaramente dal rapporto tra numero di morti ed infortunati totali: nel 2005 ogni 100 conducenti infortunati si sono registrati circa 1,7 morti; tale rapporto si riduce a 1,5 per i trasportati, ma sale a 3,7 per i pedoni.

I conducenti morti a seguito di incidente stradale presentano il valore massimo in corrispondenza della fascia di età compresa tra **25 e 29 anni** (504 decessi in valore assoluto), seguiti dalla fascia di età **30-34 anni** (401 morti) e dalla fascia **21-24 anni** (371 morti). Per quanto riguarda i conducenti rimasti feriti le fasce di età più colpite risultano quelle di **25-29 anni** (31.859 feriti in valore assoluto), di **30-34 anni** (30.952 feriti) e quella di **35-39 anni** (25.572 conducenti feriti).

Anche per i trasportati infortunati le classi di età che presentano i valori massimi in termini assoluti corrispondono alla fascia

21-24 anni per i morti e alla fascia **25-29 anni** per i feriti.

Come accennato, il pedone è certamente l'entità più debole fra le persone coinvolte. Il rischio di infortunio causato da investimento stradale è particolarmente alto per la popolazione anziana: la fascia di età compresa tra **75 e 79 anni** presenta il valore massimo in termini assoluti per quanto riguarda i morti (91) e la fascia di età compresa tra **70 e 74 anni** per i feriti (1.315).

Nel complesso, la fascia più colpita dalle conseguenze degli incidenti stradali è quella tra i **25 e i 29 anni**, con 637 morti e 41.230 feriti.

Dati relativi al 2005 forniti da ISTAT e ACI



Il piano Aktion T4: "l'eutanasia sociale" e l'aberrazione nazista.

Luca Venturini
Vicepresidente AMPESS

"Il Reichsleiter Bouhler e il dott Brandt sono incaricati, sotto la propria responsabilità, di estendere le competenze di alcuni medici da loro nominati, autorizzandoli a concedere la morte per grazia ai malati considerati incurabili

secondo l'umano giudizio, previa valutazione critica del loro stato di malattia".



L'ordine di Hitler che diede avvio al programma di eutanasia

Questo scriveva Adolf Hitler il 1 settembre 1939, facendo partire, con una garanzia giuridica, il piano di eliminazione dei disabili (e non solo) in Germania.

Ma occorre fare delle doverose premesse prima di addentrarci nello sviluppo e nella delirante attuazione del cosiddetto piano Aktion T4.

Il termine di "eutanasia sociale" o "eutanasia di Stato" comparve nel 1920 nel libro *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* "L'autorizzazione all'eliminazione delle vite non più degne di essere vissute" scritto dallo psichiatra Alfred Hoche e dal giurista Karl Binding.

Essi affermavano, teorizzando, che una persona malata incurabile o un disabile, oltre ad essere un peso "emotivo" per le famiglie, lo era economicamente anche per lo Stato, il quale spendeva per le loro cure ogni anno milioni di marchi, sottraendoli così in parte alle persone "sane e forti" che potevano essere utili per il paese.

Lo Stato quindi responsabile, ma nel contempo arbitro ed esercitante il potere di vita e di morte sui cittadini.

L'eutanasia sociale avrebbe assolto così ad un duplice effetto: notevole risparmio

economico e “sgravio emotivo” alle famiglie che se ne prendevano cura, eliminando così le “persone mentalmente morte” o “gusci vuoti di essere umani” come venivano definiti da Hoche e Binding.

Il concetto di eutanasia di quel tempo, diverso da quello attuale¹¹, è riconducibile come significato al concetto di eugenismo¹² (correlata al Darwinismo sociale¹³) sostenuto con fervore dai nazisti e dal Führer dove lo scopo principale era quello di purificare la razza germanica.

Hitler aveva una violenta repulsione per i portatori di disabilità psicofisiche; egli li definiva “coloro che si insudiciano di continuo” o coloro che “mettono i loro stessi escrementi in bocca”: da qui l’esigenza impellente di ripulire la razza tedesca da “impurità sub umane”.

I punti della discussione vertevano sui concetti di “razzismo scientifico” e “igiene razziale” in cui il Volk (popolo o comunità popolare legati da caratteristiche razziali e culturali) doveva migliorarsi come comunità, anche a fronte di una palese violazione dei diritti umani.

Il 14 luglio 1933 si discusse nel Parlamento tedesco la *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* (**Legge sulla prevenzione della nascita di persone affette da malattie ereditarie**), promulgata il 25 luglio in quanto il 20 luglio era prevista la firma del Concordato con la Chiesa Cattolica,

¹¹ eutanasia : morte indolore provocata per porre fine alle sofferenze di un malato inguaribile ¶ Dal lat. euthanasia(m), dal gr. euthanasia, comp. di êu ‘bene’ e thánatos ‘morte’.

(c) Petrini S.r.l. Garzanti Linguistica, 2004

¹² Eugenetica: branca della medicina che si propone il miglioramento genetico della specie umana ¶

(c) Petrini S.r.l. Garzanti Linguistica, 2004

¹³ Teoria che pretendeva di migliorare la specie umana attraverso la selezione dei caratteri genetici (selez. I positivi ed eliminare i negativi)



La legge in questione stabiliva la sterilizzazione forzata di: malati incurabili o cronici, i disabili fisici e psichici con handicap come l’epilessia, la cecità e sordità, la schizofrenia, la demenza, la Corea di Huntington, la sifilide e l’alcolismo, tanto per citarne alcuni.

Le stime ministeriali prevedevano 410.000 malati da sottoporre a sterilizzazione. L’applicazione della legge si attuò attraverso l’organo ministeriale *Erbgesundheitsgerichten* (**Tribunali per la sanità ereditaria**) formati da due medici e un giudice distrettuale.

Si stima che, nonostante i dissensi popolari e i ricorsi dei parenti dei pazienti, tra il 1933 e il 1939 le sterilizzazioni corrispondano ad un numero che varia da 200.000 a 350.000.

Ma non solamente lo stato patologico costituiva un movente per praticare la sterilizzazione: essa veniva applicata anche a scopo punitivo, ad esempio nei confronti di prostitute o di persone con disabilità non ereditarie, nonché a individui con “debolezza mentale” in cui era necessario tener conto “del comportamento politico e morale”¹⁴.

Occorre ricordare che il concetto di sterilizzazione coatta era applicato anche negli USA, in Svezia e in Svizzera: in Svezia

¹⁴ Direttiva di Martin Bormann

tra il 1935 e il 1976 vennero sterilizzati 62.000 individui.

Il piano Aktion T4

Alla fase della sterilizzazione coatta ne seguì un'altra maggiormente aberrante che prevedeva l'eliminazione fisica dei "disabili" e che prese il nome di piano Aktion T4.

La guerra funse da catalizzatore delle idee del Führer che finalmente poteva applicare il programma eugenetico nella sua massima espressione, tra l'altro maggiormente in segreto da un'opinione pubblica che sicuramente non avrebbe compreso tale metodica.

"..in caso di guerra risolveremo radicalmente il problema degli istituti psichiatrici" disse nel 1935 Gerhard Wagner, il capo dei medici del Reich.

Il conflitto offriva quindi a Hitler l'occasione di eliminare i disabili anche se sterilizzati, in quanto essi comunque occupavano spazi, risorse umane ed economiche che potevano essere convogliate verso altri settori, per esempio quello bellico sanitario.

La frase di Hermann Pfannmuller, uno dei medici coinvolti nell'Aktion T4 è estremamente esplicativa: *"..è per me intollerabile l'idea che i migliori, il fiore della nostra gioventù, debbano perdere la vita al fronte perché i deboli di mente ed elementi sociali irresponsabili possano avere un'esistenza sicura negli istituti psichiatrici"*.

In questo periodo (1933-39) il Regime fece un'azione propagandistica titanica attraverso film, poster, opuscoli, il tutto per convincere l'opinione pubblica di quanto era alto il costo di mantenimento dei malati negli istituti e, di quanto questo denaro, poteva essere speso per il progresso della nazione.

Nel 1939 subito dopo l'emanazione dell'ordine di Hitler (vedi prima pagina) Philip Bouhler e Karl Brandt (foto sotto) iniziarono ad organizzarsi per preparare la struttura del Piano Aktion T4.



La sigla in codice T4 fu presa dall'indirizzo della sede a Berlino dell'organizzazione, e cioè lo stabile che si trovava al numero 4 della Tiergartenstrasse. (foto sotto)

Bouhler lasciò entro breve l'organizzazione mentre K.Brandt (medico) investì molto di se stesso nel Piano, che si svolse in tutta la sua strutturazione in una atmosfera di assoluta segretezza.



A tale proposito vennero create tre strutture fittizie: **la Fondazione Generale degli Istituti di Cura** che gestiva il personale che si occupava dell'attuazione del Piano; la Associazione dei Lavoratori degli **Istituti di Assistenza e cura del Reich** che si occupava di preparare e inviare i questionari per il censimento dei malati ricoverati negli istituti psichiatrici; la **Società di Pubblica Utilità**

che riguardava il trasporto dei pazienti dagli istituti alle “cliniche della morte”.

Nell'autunno del '39 i primi questionari (molto generici) iniziarono ad essere indirizzati verso: istituti psichiatrici, case d'infanzia, sanatori, case di riposo per anziani.

Formalmente erano una sorta di censimento per conoscere le “capacità lavorative” dei pazienti e dovevano essere segnalati oltre ai soggetti affetti da patologie anche i “pazzi criminali” e i “non ariani”.

Purtroppo, essendo i direttori degli istituti ignari del vero scopo del censimento, preoccupati di perdere preziosi lavoratori, aggiunsero alle liste persone che normalmente venivano utilizzate negli istituti; un altro elemento importante fu la delega che i direttori davano a dei subordinati in quanto ritenevano inutile e noiosa la compilazione dei questionari, firmando così la condanna a morte di migliaia di persone.

Quando i questionari rientravano venivano esaminati in tre copie da altrettanti periti i quali inviavano il loro parere ad un supervisore che decideva la vita e la morte del malato.

Seguiva poi la preparazione di una **lista di trasferimento** che veniva inviata agli istituti interessati così da preparare i malati per il trasporto ai centri di eliminazione (ufficialmente cliniche).

I centri erano sei: Grafeneck, Bernburg, Sonnenstein, Hartheim, Brandenburg, Hadamar ed erano provvisti di camere a gas camuffate da sale docce e da un forno crematorio per eliminare i corpi.¹⁵

Naturalmente nessuno conosceva la destinazione dei malati (compresi i direttori) così da evitare la presenza inopportuna di parenti.

A questi ultimi veniva inviata comunicazione dopo qualche settimana¹⁶ che

era a disposizione l'urna funeraria con le ceneri del loro caro deceduto per una malattia (clamoroso il caso di un decesso per peritonite da appendicite acuta in un appendicectomizzato) ovviamente inventata.

Una parte dei cervelli delle vittime veniva sottoposta a prelevamento e studio al Kaiser Wilhelm Institut dove il dott Julius Hallerhoven e il suo staff svolgevano ricerche di neuropatologia.

Naturalmente oltre ai veri disabili erano considerati “malati psicopatici” anche i soggetti considerati asociali e gli ebrei; quindi anch'essi rientravano nel target del T4.

L'Aktion T4 e l'eutanasia pediatrica

L'aktion T4 ebbe la sua apoteosi tra il 1940 e il '41, con l'uccisione stimata di 70.273 individui “indegni di vivere”. Purtroppo non solo gli adulti furono coinvolti nel piano ma anche i bambini.

Nel '38 il famoso caso Knauer aprì le porte all'eutanasia pediatrica: due genitori inviarono una richiesta a Hitler affinché il proprio figlio ritenuto “idiota” fosse soppresso, giustificandola come “uccisione pietosa”. Brand andò a Lipsia per un sopralluogo per verificarne la veridicità con i medici che assistevano il bambino e ne autorizzò l'uccisione.

Ne seguì la nascita del “**Comitato del Reich per il rilevamento scientifico di malattie ereditarie e congenite gravi**” con a capo Brandt.

Hitler autorizzò l'eutanasia a bambini simili al caso Knauer rimuovendo però l'opzione volontaria. Fu dato ordine entro l'agosto 1939 che tutti i medici e le ostetriche degli ospedali tedeschi riferissero di bambini nati con malformazioni gravi, così da poter creare (questa era la scusa ufficiale) un archivio scientifico.

¹⁵ I primi furono uccisi con iniezione letale ma si decise che il gas (CO) era più economico ed efficace

¹⁶ vi era un termine ultimo per il ritiro dei beni del malato da parte dei parenti; le lettere venivano

appositamente inviate in ritardo così da impedire questa procedura.

Le segnalazioni riguardavano : «Tutti i bambini di età inferiore ai tre anni nei quali sia sospetta una delle seguenti gravi malattie ereditarie: idiozia e sindrome di Down (specialmente se associato a cecità o sordità); macrocefalia; idrocefalia; malformazioni di ogni genere specialmente agli arti, la testa e la colonna vertebrale; inoltre le paralisi, incluse le condizioni spastiche».¹⁷

La segnalazione subiva la valutazione di tre membri che decidevano o meno per la soppressione.

Un altro elemento importante fu la depistazione nei confronti dei genitori (soprattutto cattolici) ai quali veniva comunicato lo spostamento del bimbo in “sezioni speciali” per poterli curare meglio aumentando la qualità dell’assistenza.

Venivano invece portati in appositi centri e uccisi tramite iniezione letale con barbiturici, scopolamina e morfina.

I certificati riportavano invece come causa di decesso malattie puramente inventate. Anche nei bambini venivano sezionati i cadaveri ed eseguite analisi a scopo “scientifico”.

I bambini uccisi con l’Aktion T4 fino alla sua soppressione ufficiale (in seguito a proteste dei genitori) nel 1941 furono stimati in un numero di 5000.

Purtroppo però la sospensione del piano fu solo di facciata; in realtà le esecuzioni iniziate con l’Aktion T4 procedettero fino all’ultimo caso il 29 maggio 1945 in Baviera, tre settimane dopo la conclusione del conflitto mondiale.

Il termine (ufficiale) del T4

I criteri di segretezza voluti da Hitler non ebbero però l’effetto desiderato se non per i primi tempi. Il Führer ebbe però sempre

¹⁷ Circolare del Ministero degli Interni IV b 3088/39 - 1079 Mi del 18 Agosto 1939. Disponibile in: (EN) *Excerpt from a circular issued by the Ministry of the Interior, August 18, 1939* dal sito web «Learning from History».

l’accortezza di non mettere per iscritto i suoi ordini, eccezion fatta per la lettera scritta a Bouler e Brandt.

Il Piano doveva essere effettuato in assoluta segretezza “...per evitare una forte reazione negativa dell’opinione pubblica durante la guerra”¹⁸ e neppure la burocrazia statale ne era a conoscenza.

Famoso il caso del giudice Lothar Kressig che lamentò al ministro della Giustizia Gürtner l’illegalità di tale procedura, in quanto non vi era ordine scritto di Hitler. Gürtner rispose : «*se lei non può riconoscere la volontà del Führer come origine di legge allora non può rimanere giudice*»¹⁹ e lo licenziò.

Purtroppo per Hitler tutto il movimento di persone dagli Istituti alle “cliniche” destarono attenzione e sospetti: nella città di Hadamar non poteva certo passare inosservato il fumo dall’odore nauseabondo che quotidianamente la pervadeva; come pure le ceneri che palesemente contenevano dei resti dei capelli delle persone cremate nei forni.



Pure i bambini al passaggio degli autobus carichi di “pazienti” urlavano che quelle persone andavano alle camere a gas.

Fu così che iniziò il trasferimento da parte dei parenti dei malati dagli Istituti Statali (i soli a cui veniva applicato il T4) verso cliniche private, dove le famiglie benestanti avevano in maggior parte già ricoverato i propri cari prima dell’attuazione del Piano.

¹⁸ Padfield Himmler pag 304

¹⁹ Kershaw, *Hitler (II)*, p. 254

Una parte di medici (molti collaborarono sia per ignoranza che per palese adesione al Piano) visto la situazione, decise di creare nuove diagnosi così da mettere i pazienti al di fuori dei parametri definiti dal Piano.

Uno di questo fu H.G. Creutzfeldt (lo scopritore della famosa malattia di Creutzfeldt-Jacob) che riuscì a salvare molti pazienti a rischio della sua stessa vita.

Nel 1940-41 una forte voce di protesta venne dalle Chiese, sia protestanti che cattoliche.

Alcuni pastori protestanti, seppur non pubblicamente, presero netta posizione contro l'Aktion T4 e due teologi direttori di cliniche negoziarono con le Istituzioni la cancellazione delle loro cliniche dal Programma.

Ma il disappunto più tenace venne dal cardinale di Monaco di Baviera Michael von Faulhaber: egli scrisse una lettera privata al Governo con la palese protesta contro l'attuazione del T4. Il 26 giugno 1941 la Chiesa Cattolica rese pubblica la sua protesta con una lettera pastorale scritta dai vescovi tedeschi (riuniti a Fulda) la quale venne letta in tutte le chiese il 6 luglio 1941 esortando i cattolici a protestare contro l'Aktion.

« Secondo la dottrina cattolica esistono senza dubbio comandamenti che non sono vincolanti quando l'obbedienza ad essi richiede un sacrificio troppo grande, ma esistono sacri obblighi di coscienza dai quali nessuno ci può liberare e a cui dobbiamo adempiere anche a prezzo della morte stessa. In nessuna occasione e in qualsiasi circostanza un uomo può - eccetto in guerra e per legittima difesa - prendere la vita di una persona innocente. »²⁰

Il 3 agosto 1941 in vescovo cattolico di Munster (in Westfalia) Clemens August Graf von Galen durante una omelia accusò il T4 inviandone il testo a Hitler:

“Si dice, di questi pazienti: sono come una macchina vecchia che non funziona più, come un cavallo vecchio che è paralizzato senza speranza, come una mucca che non dà più latte.

Che cosa dobbiamo fare di una macchina di questo genere? La mandiamo in demolizione. Che cosa dobbiamo fare di un cavallo paralizzato? No, non voglio spingere il paragone all'estremo... Qui non stiamo parlando di una macchina, di un cavallo, né di una mucca... No, stiamo parlando di uomini e donne, nostri compatrioti, nostri fratelli e sorelle. Povere persone improduttive, se volete, ma ciò significa forse che abbiano perduto il diritto di vivere”

“Noi vogliamo sottrarre noi stessi ed i nostri fedeli alla loro influenza [ndt: delle autorità naziste coinvolte nel programma], per non essere contaminati dal loro pensiero e dal loro empio comportamento, e non dover poi condividere con loro la punizione che un Dio giusto dovrebbe infliggere ed infliggerà a tutti coloro che - come l'ingrata Gerusalemme[62] - non vogliono ciò che vuole Dio”²¹

Von Galen (foto sotto) estese la sua accusa anche verso la persecuzione nazista contro gli ordini religiosi e l'esproprio e chiusura delle Istituzioni cattoliche.



²⁰ Estratto della lettera pastorale del 26 giugno 1941, citato nel sermone di Clemens August Graf von Galen del 3 agosto 1941

²¹ Sermone di von Galen, citato in Lifton, *Medici*, pp. 130-131. L'intero testo del sermone è disponibile in: (EN) *Four Sermons in Defiance of Nazis* pp. 37-48.

Naturalmente la stampa (serva del regime) non diede risalto alle affermazioni del vescovo, così furono illegalmente stampati volantini e distribuiti alla popolazione.

Perfino la RAF lanciò una copia del sermone di von Galen ai soldati tedeschi al fronte.

“Il sermone ebbe probabilmente un impatto molto maggiore di quello di ogni altra presa di posizione nel consolidare un sentimento avverso al programma di eutanasia”,²²

Per ovvie ragioni l'ordine d'arresto nei confronti del vescovo scattò immediatamente ma Goebbels convinse Hitler, per motivi politici (il suo arresto poteva provocare “ribellioni” nei soldati di fede cattolica impegnati nell'invasione sovietica e tumulti in Westfalia), a rimandare dopo la guerra la “resa dei conti”.

Il culmine della protesta (mai verificata in modo così importante in tutta l'era hitleriana) si attuò nel paese di Hof, dove una folla inferocita affrontò Hitler apertamente esprimendo il massimo sdegno.

Hitler reagì privatamente con rabbia, ma non poteva permettersi di porsi in una situazione di palese conflitto contro la Chiesa.

Fu così che Hitler decise, impartendo ordine verbale a Brandt e a Bouler, di interrompere il T4.

Era il 24 agosto 1941. Il personale che faceva parte dell'organizzazione venne seguentemente impiegato (visto “l'esperienza” accumulata con T4) nei campi di sterminio utilizzati per l'eliminazione degli ebrei (la “soluzione finale della questione ebraica”).

Purtroppo l'Aktion T4 terminò solo ufficialmente: dalle sue “ceneri” nacque **l'Aktion 14F13**, dalla sigla del formulario utilizzato nei campi per registrare i decessi.

Himmler chiese a Bouler di creare un gruppo di esperti psichiatri (foto sotto) atti a eliminare tutti i malati di mente esistenti nei campi: il team proveniva direttamente dal Piano T4!



Impossibile sapere quanti morti fece il nuovo Piano: oltre ai malati di mente ed ebrei venivano anche sopresse persone perfettamente sane.

Come accennato precedentemente “l'eutanasia sociale” nazista terminò solo dopo il conflitto; decine di migliaia di persone uccise in nome di deliranti principi calpestando qualsiasi tipo di diritto; il tutto con disarmante metodologia organizzativa, precisa e strutturata.

Il processo di Norimberga (1945-46) ha reso in buona parte giustizia dei crimini commessi, ma purtroppo diversi nazisti che hanno partecipato attivamente allo sterminio hanno continuato segretamente la loro vita fino alla vecchiaia: e in questo mare di tenebre è difficile anche vedere la flebile luce di una coscienza pentita.

Sitografia

- www.wikipedia.it
- www.alenapoli.net
- www.olokaustus.org

²² Robert Lifton (storico)

Un mese a Lampedusa

Alvise Benelli
Medico ospedaliero

Si parte con una giovanile sensazione di ansia, quella che ti piglia quando sai che stai andando alla ricerca di grane. Ma cosa è che ti ha spinto a partire? La voglia, quasi la necessità, di capire, di vedere, di toccare da vicino un fenomeno che investe tutta la nostra vecchia Europa, di cui tutti parlano ma che forse ben pochi conoscono nei suoi particolari. Insomma una ricerca di verità.

Ed appena arrivi e cominci a lavorare ti accorgi che uno degli obiettivi più difficili da perseguire a Lampedusa è la ricerca della verità. Tutto è soggettivo, tutto è “vero....ma....”, le notizie si susseguono, si accavallano, sullo stesso evento vengono fornite innumerevoli versioni, da parte di tutti, anche fonti ufficiali. Tutto è interpretabile. Le stesse cifre dei migranti differiscono, seppur di poco, a secondo della fonte. Pur essendo la dinamica dell'accoglienza abbastanza collaudata e pur esistendo una procedura codificata, assume molta importanza la soggettività individuale, la capacità interpretativa dei singoli, il coinvolgimento personale dei vari operatori.

Si ha insomma la sensazione di partecipare ad un grande teatro in cui ciascuno recita a soggetto.

Cominciando dall'isola con la sua ambiguità geografica e climatica e con i suoi ritmi che in capo a 3 gg ti fanno perdere la cognizione dello spazio e del tempo, anche se sei un operatore professionalmente impegnato.

Continuando coi migranti che quasi mai ti raccontano la verità, parlandoti con quel sorrisetto ambiguo, quasi a farsi perdonare la loro diffidenza.

Proseguendo con gli operatori che organizzano briefing chilometrici in cui si

stendono progetti megagalattici che non verranno realizzati mai, proponendosi di cambiare tutto sapendo che non si cambierà nulla. Ed intanto nascondono dietro ad un sorriso, anche questo ambiguo, una strisciante competitività, come se si fosse depositari di chissà mai quali segreti.

Per finire coi Lampedusani, duri, scontroso, arrabbiati col mondo intero, che fingono un razzismo che non gli appartiene, ben sapendo che il fenomeno dell'immigrazione è l'ultimo dei loro problemi.

Cerchi di capire come funziona il meccanismo della clandestinità, degli imbarchi, degli sbarchi, delle così dette nuove rotte, delle strategie dei mercanti di schiavi. Per un paio di giorni ti sembra di aver capito: i gommoni da 11 metri, tutti uguali, con gli stessi motori nuovi di pacca, che partono dalla Libia, 47 persone a bordo, tre giorni di viaggio, 1500 dollari di “biglietto”, condizioni più o meno buone a seconda che in quei tre giorni il mare sia stato più o meno clemente. Poi all'improvviso arriva la barchetta dalla Tunisia, a vela, con 7 persone a bordo di cui 2 ragazze agghindate, quasi una gita domenicale organizzata fai da te.

Poi ti avvertono che c'è stato uno sbarco “orfano”, che vuol dire non assistito, e devi correre alla spiaggia gremita di turisti e ti incontri per la strada gruppetti di sbarcati che passeggiano ridendo, qualcuno con la sigaretta fra le labbra ed il gelato in mano, magari facendosi fotografare.

Poi arriva la barca grande con 300 persone, aggrappate ovunque, donne, molte in gravidanza, bambini, alcuni anche di pochi giorni e ti sembra di essere in un film-documentario girato sul fiume Congo: solo che nel film non senti l'odore di sudore e di diarrea e di vomito che, portato dal vento, si mescola all'odore del mare.

E fino a qui ti va ancora bene; in fondo in fondo non sono messi malissimo: qualche

ustione, un po' di vertigini, un po' di disidratazione, qualche dolore da postura.

Ma succede che sei al molo in attesa di uno sbarco e vedi la motovedetta della guardia costiera che si ferma in rada, butta l'ancora e non entra in porto; e dai mormorii degli operatori più navigati vieni a sapere che a bordo trasporta cadaveri pescati al largo; 2, 6, 15, non si saprà mai quanti con esattezza. E dopo qualche giorno ti chiamano d'urgenza per assistere un ragazzo di trent'anni, unico superstite di un naufragio, aggrappato per giorni, non si saprà mai quanti, ad un'asse di legno, unico relitto rimasto a galla. Rattrappito, non parlerà per tre giorni, rifiuta il cibo e l'acqua, lo sguardo vuoto da cui è scomparsa anche la paura, non piange e non sorride, capisci che non riesce nemmeno a dormire un po', ed allora non ti resta che iniettagli un po' di Entumin, sperando che quando si sveglierà abbia scordato un po' del suo dramma.

Ed è di fronte a questi episodi che tocchi con mano tutta la drammaticità di quello che sta capitando in questo mare stupendo, capisci che la vita per questa gente è una roulette, che la speranza ha annullato il valore stesso della vita. Capisci fino in fondo che sei di fronte ad una nuova forma di schiavitù in cui i capisaldi dell'esistenza dell'uomo non hanno più nessun valore. Capisci di essere in un altro mondo, in un'altra dimensione, in cui il diritto, la dignità degli uomini, quei valori in cui hai sempre creduto, qui non esistono più.

Nelle ore di attesa sul molo non puoi fare a meno di guardare con sospetto l'ufficiale dei servizi segreti che ti è compagno di lavoro e che ti preannuncia gli sbarchi con giorni di anticipo e di chiederti che ruolo abbia in tutta la macchina e come faccia a sapere che la prossima notte dalle coste della Libia partiranno 2 gommoni di sud sahariani.

Al prossimo sbarco non puoi fare a meno di cercare di penetrare la faccia

impassibile dei migranti e chiederti che storia ci sta sotto a quegli sguardi, da quanto tempo sono in viaggio, quanto hanno pagato, quanti sono laureati, da che tipo di realtà provengono, che cosa hanno portato con sé e se è vero che sbarcano senza nulla addosso se non i miseri jeans e la maglietta, dove hanno nascosto quei pochi soldi che sai si portano addosso e perché appena toccano terra distruggono di nascosto i loro documenti. E ti illudi di riuscire a distinguere chi fra di loro è la vittima e chi lo scafista mafioso che del grande meccanismo è una ruota criminale, anche se probabilmente l'ultima.

Quando entri dentro al Centro di accoglienza non puoi fare a meno di incazzarti vedendo i poliziotti e gli stessi operatori umanitari impegnati allo spasimo in un lavoro di routine, di smistamento di una emergenza, lontano anni luce dai crismi della più banale assistenza umanitaria. E affronti quasi con odio i dirigenti dell'Ente gestore che per speculazione negano una bottiglia di acqua o una scheda telefonica.

Devi fare uno sforzo enorme per non farti coinvolgere dalle storie particolari, dalle richieste di quel ragazzino spaurito o di quel furbetto navigato, perché sai che se cadi nel tranello la tua missione è fallita perché farai della carità e non della solidarietà.

Ed allora anche se nelle ore libere vai in spiaggia, o se nel pomeriggio vai in Via Roma a prendere l'aperitivo, o se la sera vai alla ricerca di una cena di pesce coi focchi, non puoi fare a meno di pensare continuamente alle centinaia e migliaia di sfaccettature di questo fenomeno: ne parli con tutti alla minima occasione, fino alla noia assoluta, interroghi, brighi, vai alla ricerca di un internet point per documentarti, litighi con la tua donna perché hai la sensazione che non voglia capire una sfumatura del tuo pensiero.

Insomma la "cosa" ti è entrata dentro e sai che sarà difficile liberartene. Ti rendi conto che la tua voglia di capire, la tua sete di

verità, non si potranno certo esaurire con questa esperienza, che siamo appena all'inizio di un percorso. E ti prende un po' di spavento perché non sei sicuro di potercela fare mai.

Questa è Lampedusa, la porta sud della fortezza Europa, un arco aperto, che nessuno potrà chiudere, sulla nostra cultura.

**IL TRASPORTO SICURO DEI
BAMBINI:
aspetti normativi, clinici e
psicologici.
Un'intera giornata dedicata al
confronto di tre discipline.**

*Bravi Stefano * e Cricca Samanta ***

* *Agente di Polizia Municipale presso il
Comando di Russi (Ra),*

** *Psicologa Psicoterapeuta.*

L'idea di un seminario sul trasporto sicuro dei bambini è nata da alcune riflessioni sul comportamento di molte persone alla guida; se ci si ferma ad osservare le automobili che circolano sulle strade è possibile constatare che molti genitori viaggiano a bordo del loro veicolo con le cinture allacciate, trasportando sui sedili posteriori il figlio di pochi anni in piedi e, nel momento in cui vengono fermati da un agente di Polizia Stradale, si mostrano preoccupati

solo di evitare la sanzione e la decurtazione dei punti dalla patente, ma non sono preoccupati dei pericoli ai quali hanno sottoposto il loro figlio.

Il seminario aveva l'obiettivo non solo di fornire alcune plausibili interpretazioni e spiegazioni di tali comportamenti, ma anche di illustrarne le conseguenze che producono a livello legale e clinico.

Durante la mattinata alcuni dei massimi esperti a livello nazionale hanno affrontato due fondamentali aree tematiche inerenti il trasporto sicuro dei bambini: gli aspetti normativi e quelli clinici. Erano infatti presenti il Dott. Biserni (Presidente ASAPS, Associazione Sostenitori Amici della Polizia Stradale), il Dott. Simone (direttore del Centro Addestramento della Polizia di Stato), il Sostituto Procuratore presso il Tribunale di Forlì Dott. Mancini, il Dott. Preziosi (medico rianimatore presso l'elisoccorso 118 Romagna), gli infermieri professionali Vanumi (118 Romagna) e Visani, la Dott.ssa Zanelli (pediatra di famiglia).

Inizialmente sono stati riportati i dati relativi ad incidenti stradali che hanno visto coinvolti dei bambini, aggiornati al 2005 (ultimo dato disponibile). Dallo sviluppo di questi dati è emerso che in Italia nel 2005, in seguito ad un incidente stradale, complessivamente sono morti **97 bambini**, di cui **54 maschi (55,7%)** e **43 femmine (44,3%)**. I feriti, in totale, sono stati **9.924**, di cui **5.504 maschi (55,5%)** e **4.420 femmine (44,5%)**. Nel totale dei **97 bambini** che hanno perso la vita, **20** erano pedoni, mentre fra i **9.924** feriti i bambini travolti a piedi sulla strada sono stati **1.720 (17,3%)**.

Da uno studio condotto dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) in Europa occidentale si evince che gli incidenti stradali sono la prima causa di morte per i bambini tra i 5 e i 14 anni, la seconda fino a 4 anni e l'ottava sotto l'anno di età. Questi dati sottolineano il progressivo non utilizzo dei sistemi di ritenuta man mano che cresce l'età dei bambini. Si stima che in Europa muoiano

oltre 1.500 bambini ogni anno a causa di incidenti stradali. Solo in Italia, nel 2005, in 225mila incidenti stradali hanno perso la vita 139 ragazzi sotto i 15 anni, mentre 14.266 sono stati i feriti. Sempre secondo l'OMS questi numeri potevano essere molto inferiori, solo se si fossero usati maggiormente i sistemi di sicurezza.

Inoltre è emerso che oggi più che mai in Italia manca una sensibilità da parte della società per le problematiche relative alla sicurezza stradale: non vi è rispetto e tutela delle fasce deboli della circolazione, quindi pedoni e ciclisti, ma anche dei bambini trasportati a bordo dei veicoli, in quanto le persone non solo non si pongono le problematiche relative al non rispetto di una norma, ma soprattutto non si preoccupano dei pericoli ai quali sottopongono i bambini.

Pensiero comune dei relatori della mattinata è stato quello di sensibilizzare maggiormente le persone a queste tematiche, mediante forme di educazione alla sicurezza stradale e alla prevenzione, partendo proprio dai bambini, i quali potrebbero sensibilizzare i propri genitori e crescere con una maggiore coscienza dei rischi legati alla circolazione stradale. Quindi un rispetto delle regole non fine a se stesso, ma finalizzato ad un rispetto reciproco e una presa di coscienza dei pericoli che si possono nascondere dietro la circolazione stradale.

Si è seguentemente affrontato anche il problema relativo ai risvolti legali a seguito di un sinistro, in cui alcune persone hanno perso la vita o sono rimaste ferite con gravissimi danni permanenti in seguito al mancato uso dei sistemi di ritenuta. Sono state riportate alcune sentenze della giurisprudenza che hanno evidenziato i drammatici risvolti legati alla situazione nella quale un genitore viene indagato per omicidio colposo del proprio figlio, in quanto era il conducente del veicolo all'interno del quale ha perso la vita il bambino che non usava i sistemi di ritenuta.

Relativamente agli aspetti clinici e traumatologici sui bambini coinvolti in un

sinistro stradale è emerso che la traumatologia pediatrica richiede particolari capacità ed una elevata esperienza da parte degli operatori sanitari. Questo fa sì che le difficoltà di un intervento sanitario su un bimbo traumatizzato siano enormemente superiori rispetto ad un adulto, sia per la conformazione fisica del bimbo sia per le difficoltà delle operazioni sia per la carenza di personale altamente specializzato sulla traumatologia pediatrica prontamente reperibile sul luogo del sinistro dove vengono prestate le prime cure. Anche per questo motivo tutti i relatori hanno convenuto sulla necessità di una forte prevenzione per abbattere al minimo i traumi da sinistro stradale sui bambini. Si sono infatti studiate varie ipotesi su come riuscire a sensibilizzare la società a queste tematiche, e sono stati dati anche suggerimenti sul corretto uso dei sistemi di ritenuta e su cosa è opportuno fare o non fare in caso di bambino coinvolto in un incidente stradale.

Nel pomeriggio si sono susseguiti interventi riguardanti gli aspetti psicologici dei comportamenti alla guida. Al tavolo dei relatori erano presenti il Dott. Pietrantonio (docente di Psicologia dell'Emergenza all'Università degli studi di Bologna), la Dott.ssa Cricca (Psicologa e Psicoterapeuta), il Dott. Monti (Psicologo e Presidente AMPESS), il Dott. Prati (Psicologo del Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università di Bologna) e il Dott. Ugolini (Psicologo). Sono emerse diverse tematiche che risultano particolarmente interessanti. Prima fra tutte quella relativa alla percezione, diffusa nella nostra società, che un rischio è tanto più elevato quanto più noi ci sentiamo impotenti nell'evitarlo.

E' stato portato l'esempio del trasporto aereo e della circolazione stradale: nel 2004 in Italia sono morte circa 6000 persone per incidente stradale e sei persone a seguito di incidenti aerei. Nonostante vi siano più probabilità di perdere la vita in un incidente stradale piuttosto che in un incidente aereo molte persone evitano di utilizzare

quest'ultimo mezzo di trasporto, sovrastimando i rischi ad esso connesso, ma usano quotidianamente l'automobile, rimuovendo o negando il rischio che si corre ogni volta che ci si mette alla guida. Si può riassumere tale concetto dicendo che tanto più una persona è convinta di evitare determinate situazioni utilizzando le proprie capacità, reali o presunte, tanto più tende a sottostimare i rischi. Ovvero una persona che si mette alla guida di un veicolo dopo aver assunto sostanze alcoliche fa affidamento alle sue capacità di "provetto guidatore" per autoconvincersi dell'abbattimento dei rischi ai quali sottoporrà le altre persone e se stesso.

Un altro aspetto molto importante è quello relativo alla mancata percezione degli effetti devastanti relativi agli incidenti stradali: la comunicazione della notizia che in Italia, nel 2005, sono morte 15 persone al giorno a seguito di incidenti stradali ha un effetto molto diverso rispetto a quella in cui si dice che nello stesso mese sono avvenuti due maxi incidenti che hanno provocato la morte di 225 persone. Le due notizie generano un effetto diverso sulla società e sulla percezione del problema sicurezza stradale, nonostante il numero totale delle vittime dei due casi sia lo stesso.

Durante il pomeriggio sono state inoltre effettuate delle riflessioni sul modo in cui il mondo interno di ogni individuo può avere un'influenza sul suo comportamento alla guida. Quest'ultimo risulta collegato allo stato dell'umore, connesso a ciò che accade pochi minuti o ore prima di entrare in auto, alle caratteristiche di personalità, alle proprie esperienze passate e alla capacità, più o meno acquisita, di integrare le varie parti di sé. Ognuno di noi nasce con una quota sia di amore che di aggressività ed è compito dei genitori di aiutare il bambino a riconoscere e integrare entrambe le parti: questo gli consentirà di essere consapevole dell'aggressività che prova e quindi di riuscire a gestirla, a modularla.

L'aggressività che non può essere pensata diventa pericolosa, in quanto viene direttamente agita: è quello che accade alle persone che, nel momento in cui si mettono alla guida, negano il rischio di morte e mettono in pericolo sia la propria vita sia quella dei propri figli trasportati in auto sia quella di altre persone che circolano sulla strada.

E' stata effettuata anche una riflessione sulle motivazioni interne che spingono un genitore a non utilizzare la cintura di sicurezza né per sé né per il figlio e quelle del genitore che le mette a sé ma non al figlio. Nel primo caso è stata ipotizzata una totale negazione del rischio di morte e una illusione onnipotente di immortalità, mentre nel secondo caso vi è una percezione del rischio ma la messa in atto di una manovra protettiva solo nei confronti dell'adulto: questo può far ipotizzare la presenza, nel genitore, di una forte ambivalenza emotiva nei confronti del figlio oppure di una modalità difensiva di vedere il mondo infantile, secondo la quale i bambini, solo per il fatto di essere piccoli e innocenti, godono della protezione di un'entità superiore, che è la sola che può proteggerli e decidere del loro destino.

Durante il pomeriggio è stata anche affrontata la tematica del lutto, focalizzando l'attenzione sulle modalità che gli operatori di polizia stradale dovrebbero utilizzare nel comunicare un lutto ai famigliari della vittima e su come sostenere la famiglia nei primi momenti della tragedia.

E' stata inoltre illustrata l'esperienza di Bressanone, dove vi sono gruppi di volontari che effettuano un supporto sia spirituale che psicologico alle famiglie che hanno subito un lutto.

Al termine della giornata si è sicuramente riusciti a trarre la conclusione che vi è una possibilità, anche mediante il dialogo di queste tre discipline, di sensibilizzare la presa di coscienza sul fatto che oggi più che mai alcuni drammi legati

agli incidenti stradali possono e devono essere evitati. Una maggiore sensibilizzazione da parte di istituzioni, enti locali, scuole, famiglie su questo tipo di problematiche non può che portare ad una netta riduzione del numero di bambini deceduti o feriti in seguito ad un incidente stradale. Infatti, prendendo anche esempio da altre nazioni, risulta necessario intraprendere una massiccia campagna di sensibilizzazione alle politiche di sicurezza stradale, anche per esempio con l'ausilio di pubblicità mediante i più comuni sistemi di informazione. In Inghilterra, in Francia, in Spagna e in molti altri paesi della comunità Europea che si sono impegnati per dimezzare il numero di morti per incidenti stradali entro il 2010, vengono veicolati filmati e pubblicità che hanno messaggi forti sulle problematiche della sicurezza stradale. Per esempio viene ripresa non tanto l'importanza di indossare le cinture e i sistemi di ritenuta perché lo prescrive una norma, ma perché non utilizzarli vuole dire essere dei devianti nei confronti della società e questo significa non essere accettati dagli altri. Oppure tramite le pubblicità viene comunicato quanto sia importante fare in modo che tutte le persone trasportate a bordo del veicolo utilizzino le cinture di sicurezza perché in caso di un incidente stradale potrebbero essere loro stessi ad essere sbalzati all'interno dell'abitacolo e provocare così danni fisici alle altre persone.

Anche l'Italia presso la comunità Europea si è impegnata a ridurre i morti per incidente stradale del 50% entro il 2010, ma purtroppo siamo ancora molto lontani dall'obiettivo e non vi sono grosse possibilità di raggiungerlo visti gli scarsi risultati ottenuti negli ultimi anni. Non è possibile pensare che venga lasciato il duro compito della prevenzione degli incidenti stradali agli organi di Polizia Stradale, chiamati ad utilizzare lo strumento oramai sempre più spuntato della repressione. Per questo motivo è risultato un auspicio comune a tutti i relatori che una maggiore presa di coscienza da parte

delle persone dei problemi clinici legati a bambini traumatizzati a seguito di incidenti stradali, delle problematiche psicologiche relative alla rimozione dei rischi ai quali ogni giorno i conducenti dei veicoli sono sottoposti percorrendo le nostre strade, possa far capire che solamente cercando di comprendere e recepire le norme contenute nel codice della strada si potranno rendere le strade più sicure.