

La dimensione educativa nell'assistenza sanitaria e infermieristica valorizza la tutela e la promozione della salute e della qualità della vita attraverso il *processo educativo*, che ha per scopo, in senso generale, lo sviluppo integrale ed armonico in ogni persona e, nella sua applicazione all'assistenza sanitaria (l'educazione alla salute), la trasformazione delle potenzialità di ciascuno in concrete capacità di auto-cura ed auto-assistenza.⁴¹ Infatti, mediante l'educazione (dal latino *e-ducere*, tirar fuori, liberare) ci si propone di utilizzare al meglio le risorse di cui ogni persona dispone e che consistono in conoscenze (il *sapere*), abilità (il *saper fare*) e motivazioni (il *saper essere*). L'intervento educativo dell'infermiere ha valore sia quando riguarda il singolo, sano o malato, sia quando è rivolto al suo nucleo familiare o all'intera collettività (si pensi alle campagne sugli stili di vita: fumo, abuso di sostanze alcoliche, alimentazione, prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale, ecc.).

Considerando le più recenti dinamiche organizzative del sistema sanitario e il sempre più diffuso fenomeno della dimissione precoce di persone guarite dalla malattia, ma non ancora pienamente recuperate sul piano dell'autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane, assume particolare rilevanza il ruolo dell'infermiere nell'assistenza domiciliare e nell'educazione dei familiari all'assistenza del malato. Infatti, con frequenza crescente, le famiglie si trovano nella situazione di prendersi cura, a casa, di un proprio membro sofferente. L'entourage, nella terminologia anglosassone ormai in uso, diventa *portatore di assistenza (caregiver)*. Tale esperienza comporta preoccupazioni, ansie e spesso notevoli disagi e richiede una sistematica e continuativa azione educativa e formativa da parte dell'infermiere: assistere a domicilio un proprio parente non autosufficiente, che non è in grado di muoversi, di urinare o di mangiare da solo - oppure che soffre per il dolore di una piaga da decubito - implica un bagaglio di cono-

che produce il senso della guarigione». I. Cavicchi, *Il rimedio e la cura. Cultura terapeutica tra scienza e libertà*, Roma, 1999, pp. 15-16.

⁴¹ Secondo Orlando Bassetti, l'educazione si caratterizza come scienza *prescrittiva*. Essa, infatti, ha per scopo la *perfettibilità* dell'uomo, cioè il suo costante miglioramento verso un ideale possibile. Alla nascita, l'individuo possiede un patrimonio potenziale che comprende pensiero, cultura, volontà, libertà, autoconoscenza, linguaggio, ecc. Il potenziale umano può attuarsi, cioè trasformarsi in capacità, solo attraverso il processo educativo. «L'infermiere può aiutare gli altri solo se possiede un marcato senso del possibile; egli deve vedere se stesso (e colui di cui si occupa) non solo per quello che è, né per quello che dovrebbe essere, ma per quello che può e deve essere». O. Bassetti, *Educare assistendo*, Firenze, 1994, p. 35.

scienze e di capacità tecniche, ma anche una piena maturità personale e professionale. In tale situazione, emerge il profondo **valore educativo del ruolo dell'infermiere**, chiamato a fornire informazioni e conoscenze sanitarie, ad insegnare concretamente come affrontare e risolvere i problemi clinici che si presentano e, infine, a sostenere e a confortare i caregiver in un compito così impegnativo.

5.5 - Il valore dello stile professionale: personalizzazione e saggezza pratica

Con il concetto di **personalizzazione**, all'interno della professione infermieristica, non si designa tanto la generica necessità, evidentemente condivisa da tutte le professioni sanitarie, di rendere *umano o più umano* l'ospedale, cioè più accogliente, meno burocratico, più confortevole e *caldo*, meno impersonale e freddo. Nel linguaggio dell'infermieristica, con tale termine si indica un valore ancora più profondo: la *capacità di adattare l'azione professionale ai costituenti soggettivi che la persona esprime come portatrice di bisogni*.⁴² In altre parole, la competenza dell'infermiere, che si applica ad esperienze tanto quotidiane - i bisogni relativi al mangiare, al muoversi, al dormire, al respirare, ecc. - considera non solo l'organismo in quanto tale e le capacità funzionali di cui è geneticamente dotato, ma anche il particolare percorso psichico, culturale e spirituale che ciascuna persona ha compiuto o compie. La personalizzazione dell'assistenza infermieristica si concretizza dunque nella *comprensione del bisogno di assistenza del singolo*, che si traduce in una domanda di assistenza fortemente connotata soggettivamente proprio perché il bisogno stesso è determinato dalla personale dimensione psicologica e socio-culturale di ogni individuo. Non è dunque il malato che può o deve adattarsi all'offerta sanitaria dell'infermiere o dell'istituzione preposta alla sua cura, ma il contrario: l'infermiere è chiamato a modulare l'intervento professionale e le variabili organizzative in funzione della valorizzazione della particolare persona umana che ha preso in carico, riconoscendo, nella relazione che pratica, l'alterità di cui essa è portatrice.⁴³ La

⁴² Per un approfondimento del concetto di personalizzazione, si veda D.F. Manara, *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*, Milano, 2000.

⁴³ «Se la salute è un obiettivo difficile da raggiungere, difficilissimo è il compito dell'infermiera nell'aiutare a conquistarla. In un certo senso ella dovrà mettersi nei panni di ciascun malato per capire di che cosa questi ha veramente bisogno. [...] è proprio la necessità di valutare i bisogni immediati o futuri dell'individuo nel settore

personalizzazione, dunque, è anche *questione di stile*, poiché il compito fondamentale degli operatori sanitari non è comprendere quali siano, in generale e in astratto, la natura ed i caratteri di una malattia o di un bisogno di assistenza infermieristica, ma affrontare questi problemi *così come si manifestano in un determinato malato, in un determinato tempo, in un determinato luogo*. Come ha affermato Augusto Murri, «l'indicazione del rimedio nasce in noi dopo che abbiamo fatto l'analisi del malato, non dopo che abbiamo dato un nome collettivo al processo che l'affligge».⁴⁴ La conoscenza scientifica - e massimamente quella derivante dalla metodologia dell'EbM e dell'EbN - corre il rischio di tradursi in una *prassi sanitaria riduzionista*, nella quale gli aspetti più complessi e problematici della salute - a cominciare dal comprendere perché un paziente differisca da altri suoi simili - evaporano e svaniscono. A tale proposito, Don Flaming ha recentemente riproposto il concetto di *phronesis* - originariamente elaborato dal filosofo Aristotele per descrivere la riflessione e l'azione morale e traducibile nella locuzione *saggezza pratica* - per indicare un orientamento alternativo alla pratica infermieristica eccessivamente assoggettata alla ricerca delle prove di efficacia.⁴⁵ Secondo tale autore, la conoscenza che deriva dalla ricerca scientifica è importante ma non può, in esclusiva, orientare la pratica professionale, perché rischia di snaturare lo specifico campo di operatività dell'infermiere. In contrapposizione ad una concezione che valorizza unicamente l'EbN e gli interventi sostenuti da prove di efficacia, l'infermieristica basata sulla *phronesis* rappresenta innanzitutto un *richiamo ad orientare l'assistenza ai carat-*

fisico, mentale e sociale, a fare dell'assistenza infermieristica un servizio di alto livello. Molte fra le attività assistenziali sarebbero semplici se non si dovesse adattare alle particolari esigenze del malato [...]. Mentre è importante stabilire che esistono bisogni comuni a tutti, è altrettanto importante rendersi conto che tali bisogni vengono soddisfatti a seconda del modo diverso di concepire la vita, di cui esistono varietà infinite. Ciò significa che l'infermiera, nonostante la sua competenza e la volontà di riuscire, non potrà mai comprendere pienamente che cosa rappresenti il benessere per un'altra persona e si troverà imbarazzata a provvedervi. Potrà soltanto aiutare l'assistito a compiere quegli atti tendenti a raggiungere uno stato che *per lui* significa salute, o benessere o guarigione o una buona morte». V. Henderson, *Principi fondamentali della assistenza infermieristica*, ed. a cura del Comitato per i Servizi Infermieristici del Consiglio Internazionale delle Infermiere, Ginevra, 1^a ed. orig. 1955, pp. 9; 11.

⁴⁴ A. Murri (a cura di), *Quattro lezioni e una perizia. Il problema del metodo in medicina e biologia*, Bologna, 1972.

⁴⁵ D. Moranda (a cura di), «La 'saggezza pratica': una guida alternativa all'esercizio basato sulla ricerca per l'assistenza infermieristica», *Nursing Oggi*, 1, 2002.

teri, ai valori e ai desideri di tipo soggettivo delle persone assistite.⁴⁶ In effetti, il rischio neoscientista, connesso all'assolutizzazione del valore dei risultati della ricerca scientifica, riguarda ancora una volta il tecnicismo, cioè il fatto che gli infermieri potrebbero applicare le indicazioni derivanti da uno studio indiscriminatamente e senza discernimento, solo per il fatto che sono sostenuti da un lavoro di ricerca, rinunciando alla critica circa l'appropriatezza di tali indicazioni. Un professionista che possieda una buona tecnica è in grado di *fare* ma, per Aristotele, non è necessariamente atto a quel che egli definisce *saper fare*, che richiede la *considerazione delle implicazioni etiche e sociali di ogni azione* e, quindi, la *phronesis*, tanto nelle attività dirette al prendersi cura del malato, quanto in quelle connesse alla ricerca clinica e alla sperimentazione dell'efficacia dei trattamenti.

5.6 - Economia e valori nella sanità e nell'assistenza

A partire dagli inizi degli anni Novanta, la pesante crisi della finanza pubblica italiana ha reso sempre più evidente la necessità del *contenimento della spesa per il Servizio sanitario nazionale*. Per contrastare le conseguenze negative della mancata consapevolezza della scarsità di risorse in campo sanitario, a fronte della continua espansione dell'offerta di servizi, il nostro Paese ha dato avvio ad un *profondo processo di trasformazione della pubblica amministrazione* (L. n° 421/1992), estesa al settore sanitario con i decreti legislativi n° 502/1992 e 517/1993. Per mezzo di tale operazione, sono stati fortemente introdotti nel mondo sanitario i principi, i metodi e gli strumenti della *valutazione economica* e le strutture deputate all'erogazione dei servizi e delle prestazioni si sono riorganizzate nell'ottica dell'*aziendalizzazione* e della *competitività secondo le regole del mercato*, orientandosi ad armonizzare (se non a condizionare) i tradizionali obiettivi sanitari con quelli di equilibrio economico, cioè di pareggio di bilancio. A tale proposito, la maggioranza degli operatori sanitari sembra condividere il principio secondo il quale *l'istanza economica non può costituire un elemento isolabile dall'insieme delle problematiche del sistema sanitario*, ma va inquadrata opportunamente nella logica complessiva dell'organizzazione, deputata a garantire *in primis* la salute, cioè un bene fondamentale e costituzionalmente tutelato per la singola persona e la collettività. Perciò, il perseguimento degli

⁴⁶ Per un approfondimento di tale concezione, si veda anche D.F. Manara, "Il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica. L'assistenza come saggezza pratica", *Nursing Oggi*, 3-4, 2002.

obiettivi della *qualità delle prestazioni* (*appropriatezza, sicurezza ed efficacia*) rappresentano, anche in un contesto di risorse vincolate e di ricerca dell'efficienza, una strategia fondamentale per le professioni sanitarie.

L'assunto che le economie di mercato e i regimi concorrenziali possano garantire una *produzione più efficiente* ha orientato parte del mondo politico e amministrativo italiano verso la proposta di *affidare un ruolo crescente al settore privato nell'erogazione dei servizi sanitari*, riducendo sensibilmente l'azione dello Stato. Secondo tale concezione di politica economica, la competizione favorisce l'emergere di *servizi di qualità*, poiché sarebbero i soli - a parità di costi - capaci di conquistare il favore dei consumatori. Tuttavia, numerosi studi⁴⁷ hanno dimostrato che l'adozione del libero mercato non porta necessariamente e direttamente ad un uso efficiente delle risorse destinate ai servizi sanitari. Inoltre, è forte la preoccupazione che le conseguenze di politiche economiche improntate ai principi del liberismo avvantaggino i soggetti socialmente più forti. Nella maggior parte dei Paesi occidentali, perciò, resta prevalente l'orientamento verso l'adozione di sistemi misti: la tutela della salute è considerato un obiettivo sociale irrinunciabile a cui lo Stato non può sottrarre l'esercizio delle proprie prerogative. L'economista Nerina Dirindin, riprendendo e commentando un recente lavoro di Daniel Callahan, tradotto e pubblicato anche in Italia,⁴⁸ ha presentato i principi della cosiddetta "*medicina sostenibile*", come sistema ecologico e alternativo alle false speranze costantemente suscitate nella collettività da un modello sanitario totalmente imperniato sui valori del progresso tecnologico a tutti i costi e della superiorità del mercato. Proprio perché gli scopi della sanità contemporanea appaiono economicamente impossibili, occorre che la società e la politica promuovano una medicina meno orientata alla realizzazione di interventi sempre più invasivi sul paziente, ma più incline a sostenere e accompagnare la persona nel suo individuale e soggettivo percorso di salute. Secondo Callahan, *i problemi di organizzazione e di finanziamento degli attuali sistemi sanitari sono riconducibili ai caratteri della medicina moderna e ai suoi valori*, che hanno favorito aspirazioni individuali e pratiche cliniche destinate a mettere a dura prova i sistemi sanitari, fino a condannarli al collasso. Il primo merito del lavoro di Callahan sta dunque proprio nel **richiamo ad un**

⁴⁷ Si vedano A. Donzelli, *Sistemi sanitari a confronto. Efficacia, costi e qualità percepita*, Milano, 1997 e, del medesimo Autore, "Modelli organizzativi e risultati dei sistemi sanitari nei confronti internazionali. Implicazioni sulle scelte strategiche di politica sanitaria", *Prospettive sociali e sanitarie*, numero speciale monografico, ottobre 1996.

⁴⁸ D. Callahan, *La medicina impossibile*, Milano, 2001.