



**AZIENDA OSPEDALIERA
SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA**
di rilievo nazionale e di alta specializzazione · Udine
Friuli-Venezia Giulia · Italia

Evento organizzato con il contributo della Cappellania
**UMANIZZAZIONE DEL MONDO DELLA SALUTE:
LA VERA SFIDA DI UNA CULTURA SALUTISTA**
Udine - Sala Anfiteatro AOSMM



1 ^ Edizione 10 marzo 2006 dalle ore 14.30 alle 19.00

2 ^ Edizione 11 marzo 2006 dalle ore 09.00 alle 13.30

RELAZIONI

- Basta il sostegno psicologico ad umanizzare chi soffre e chi assiste?
prof. Aldo De Toni
- Dall'ospedale al territorio: il malato, uomo o pacco postale?
Fra Marco Fabello
- Famiglia: luogo dove esplode la sofferenza. Supporto alla famiglia e all'operatore sanitario.
dott.ssa Patrizia Di Fabrizio

DIREZIONE SCIENTIFICA
prof. Dino BRESSAN
Responsabile
Centro Diocesano Pastorale Sanitario
- Udine

DIREZIONE DIDATTICA
sig.ra Renata ARMELLINI
Assistente religioso
AOSMM Udine
e-mail: cappellania@aoud.sanita.fvg.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Formazione Az. Osp. SMM di Udine
Tel. 0432554245 Fax. 0432554381
e-mail: formazione@aoud.sanita.fvg.it
Responsabile dott. **Moreno Lirutti**

Destinatari: **Tutte le professioni**. Crediti ECM assegnati: **2 (due)**.

INDICE

Basta il sostegno psicologico ad umanizzare chi soffre e chi assiste? prof. Aldo De Toni

3

Dopo una premessa riguardante il concetto di persona e le sue principali dinamiche psicologiche e spirituali, si esamina il significato e le strategie fondamentali della cosiddetta umanizzazione in ambito sanitario: Attraverso l'analisi del concetto di "sostegno psicologico, cioè delle principali virtù naturali, che sono indispensabili o favoriscono ogni processo di umanizzazione sia del malato che dell'operatore di salute, arriveremo a riflettere sul fatto che la dimensione spirituale ed i valori religiosi sono indispensabili e preziosi per attuare un completo processo di umanizzazione. Le virtù religiose, infatti, rispondono al bisogno profondo di ogni essere umano di dare senso e valore alla vita e all'esperienza di precarietà provocata dalla malattia e dalla morte. L'etica delle virtù religiose si integra con l'etica delle virtù umane, orientandosi verso la creazione di un clima ed una relazione di aiuto veramente degna dell'uomo, malato o professionista che sia.

Dall'Ospedale al territorio: il malato, uomo o pacco postale? Fra Marco Fabello

16

L'attualità posta dal tema è oggi molto presente in tutte le strutture ospedaliere, ma soprattutto tra quelle in cui la chirurgia è predominante. La dimissione è spesso vissuta dai pazienti non ancora guariti come una forzatura dell'ospedale che deve risparmiare sui costi della degenza. Oggi molte persone, quando lasciando l'ospedale, chiedono ascolto e attenzione per le loro condizioni psicofisiche. Le condizioni di salute degli anziani dimessi dalle strutture ospedaliere, non sono certamente in linea con il rispetto della persona. Burocrazia ed economia spinte disumanizzano non tanto l'ospedale quanto la persona ridotta a ingranaggio dell'azienda e, come tale, destinata a produrre un costo economico. Quando i valori economici governano il sistema, i valori morali ed umani sono necessariamente soccombenti. Non è quindi eccessiva la dizione "pacco postale" attribuita alle persone costrette al ricovero in strutture residenziali protette con costi insostenibili per le famiglie o a rifugi di fortuna come gli asili notturni. Il rispetto della salute e dei tempi di ripresa necessari sono condizione irrinunciabile soprattutto per chi vive in situazioni di povertà, solitudine e abbandono.

Famiglia: luogo dove esplode la sofferenza, supporto alla famiglia e all'operatore sanitario. dott.ssa Patrizia Di Fabrizio

21

Analizzando la situazione nazionale delle famiglie al cui interno vi sono persone malate, risulta chiaro che esse rappresentano il soggetto centrale se non unico, della cura, dell'assistenza, del sostegno di tipo psicologico e della tutela del malato; quest'ultimo spesso versa in condizioni di totale dipendenza e quindi sempre più debole ed indifeso nei confronti del mondo esterno. A questo si associa una carenza o una mancanza dei servizi sanitari e socio-assistenziali, che troppo spesso dimenticano come l'integrazione fra ospedale e territorio, fra territorio e assistenza domiciliare, possa garantire, oltre che la riduzione dei ricoveri, il contenimento dei costi, anche il miglioramento della qualità della vita delle persone assistite e delle loro famiglie. Spesso l'accento è stato posto sulle difficoltà che gli operatori della salute trovano quando operano sul territorio, sulle difficoltà di tipo relazionale, sulla impossibilità di agire in autonomia o, meglio, sulla paura di agire in autonomia. Chi opera in integrazione Ospedale - territorio, dovrebbe possedere la consapevolezza di diventare "costruttore di ben-essere, più che ripristinatore di salute". Questo atteggiamento consente di andare oltre le semplici mansioni derivanti dal ruolo, indagando nuove dimensioni esistenziali e nuovi significati di senso per la propria vita personale e professionale. Allora si può comprendere come il cambiamento che avviene all'interno della famiglia in cui si trova il malato, rompa l'omeostasi e tutti i membri si adopereranno per ristabilirla. Tanto più forti saranno gli appoggi psicologici e materiali, tanto più rapidamente si riuscirà a raggiungere un equilibrio che possa evitare la rottura dell'organismo famiglia.

Test di apprendimento

30

Correzione Test Apprendimento

31

Questo documento è stato curato dalla Cappellania Ospedaliera Santa Maria della Misericordia. Un ringraziamento va a Sr. Carmelita Armellini e al diacono don Graziano Brumatti per avere provveduto alle trascrizioni e correzioni dei testi rivisti, in una fase successiva, dagli Autori.

BASTA IL SOSTEGNO PSICOLOGICO AD UMANIZZARE CHI SOFFRE E CHI ASSISTE?

prof. Aldo De Toni

Premessa

Come tutte le realtà sociali e professionali, anche il mondo della malattia e della salute si trova ad affrontare situazioni difficili e nuove sfide per costruire una qualità professionale sempre più efficiente ed efficace.

Questo percorso di qualità richiede una autentica e armoniosa sinergia di tutte le forze-risorse disponibili: dalle grandi possibilità tecnico-scientifiche, all'impegno politico-economico, al contributo delle comunità religiose e al coinvolgimento della popolazione.

La nostra riflessione si limita a prendere in esame alcune difficoltà che i malati e i professionisti incontrano nel tentativo di vivere la malattia e la professione sanitaria in modo positivo e ...

Che cosa significa umanizzare?

È possibile e come umanizzare la professione sanitaria?

Quali sostegni e aiuti possono darci le scienze umanistiche? Sono sufficienti?

E la religiosità, la fede, la religione possono rimanere assenti o passive?

Su questi interrogativi si cercherà di riflettere e di trovare qualche percorso operativo, molto semplicemente e sinteticamente.

1. UMANIZZAZIONE

Può apparire paradossale l'idea di "umanizzare" una disciplina e una realtà, che sono, per loro stessa natura, "umanitarie", avendo per "oggetto di studio e di attività" l'uomo nella sua realtà psicofisica.

Fin dai suoi albori, *humanitas* è stata parte integrante dell'atteggiamento sanitario nei confronti del paziente.

Nell'ethos del medico ippocratico, la *philanthropia* è indiscutibilmente unita alla *philotechnia*. Esemplare, a tal riguardo è l'aforisma tratto dai "Praecepta": "dove c'è amore per l'uomo, c'è anche amore per l'arte (medica)".

Nonostante tale attitudine abbia attraversato tutto il pensiero medico occidentale, già in epoca rinascimentale si evidenziano quegli elementi di "disumanizzazione" che sono all'origine della reazione contemporanea.

• Cause di disumanizzazione

Alla loro genesi, nel corso della storia, hanno contribuito numerosi fattori.

Innanzitutto una progressiva *desacralizzazione della corporeità*. Dalla sfera di sacrale intangibilità che portò alla proibizione della dissezione anatomica da parte di Bonifacio VIII, si arriverà a un approccio razionale, conoscitivo, asettico, rigorosamente metodologico del corpo umano, divenuto più oggetto di studio che di contemplazione.

In secondo luogo *l'invasione della tecnologia* con il suo insostituibile apporto diagnostico e terapeutico, principale fattore di crescita della medicina contemporanea. In effetti l'attuale progresso tecnologico "sottrae" spesso il malato al medico, che basa la sua diagnosi su immagini radiografiche o esami di laboratorio.

La professione sanitaria (medica, infermieristica) non sfugge alle dinamiche sociologiche di incertezza e di pessimismo, che investono la società odierna e si è ormai tutti concordi nell'affermare che l'assistenza sanitaria e la medicina stanno attraversando una forte crisi, che potremmo chiamare quasi una *crisi di identità*.

A **cause di ordine culturale** (la cultura dell'individualismo e di un eccessivo liberismo, il modo di concepire la medicina, la sottomissione magica alla figura del medico, illusioni e malinformazione da parte dei mass-media), si aggiungono **cause contingenti** di instabilità politica, di mancanza di controlli, di ingiusta distribuzione e sprechi di risorse, di lacune nella formazione professionale, ecc.

Anche certe forme di *statalizzazione dell'assistenza* che hanno portato, con la gestione pubblica della sanità, al globale miglioramento dello stato di salute della popolazione, tuttavia, al tempo stesso, costringono la gestione della salute sotto rigidi meccanismi dell'apparato statale.

Il malato, così, diventa "utente", il medico viene gravato di compiti burocratici e tra lui e il cittadino si frappone uno Stato, spesso non all'altezza dei compiti che dovrebbe affrontare.

Ne risulta una situazione caratterizzata da alcune evidenti peculiarità:

- *tendenza a vedere l'individuo come **oggetto**, strumentalizzato ad altri fini* (es. ricerca scientifica, interessi di carriera, risparmi economici, immagine politica).
- *la qualità delle relazioni interpersonali è più di tipo funzionale che di autentica comunicazione umana;*
- *emarginazione di certe categorie di pazienti*
- *strumentalizzazione e sfruttamento del personale*
- *priorità all'aspetto medico, tecnico e amministrativo* (burocrazia, poca collaborazione fra operatori e strutture diverse).

Scrive *Duilio Manara*, infermiere dirigente e docente universitario di Infermieristica: "La parcellizzazione che opera sull'unità della persona e la sua rigida prescrittività l'hanno progressivamente allontanata (la medicina) dal suo originario mandato ippocratico di guarigione di tutto l'uomo. E la crisi della medicina odierna non fa che acuire la crisi dell'assistenza, in quanto quest'ultima ha tentato di risollevarsi nella stessa prospettiva di sviluppo naturalista della medicina, spesso ignorando completamente ogni riferimento ed ogni riflesso sociale e culturale della propria pratica".¹

Il **tecnicismo**, inteso, non tanto come progresso scientifico e tecnico, quanto come sostituzione della persona stessa del professionista (si delega alla macchina!), contribuisce a far passare in ombra il valore e la preziosità della relazione e del contatto con il malato.

Pur con il suo insostituibile apporto diagnostico e terapeutico, principale fattore di crescita della medicina contemporanea, ha contribuito alla disumanizzazione della medicina *l'invasione della tecnologia*. In effetti l'attuale progresso tecnologico "sottrae" spesso il malato al medico che basa la sua diagnosi su immagini radiografiche o esami di laboratorio.

Per quanto la tecnica sia indispensabile, non si può pensare che essa ci dispensi dal vivere il lavoro – specialmente un lavoro come l'assistenza infermieristica – senza un nostro coinvolgimento motivazionale e relazionale.

Scrive *S. Natoli* al proposito: "La tecnica è l'unica dimensione in cui l'uomo contemporaneo pensa il suo successo, o quanto meno riesce a prospettarsi il suo movimento, ma la tecnica può fallire. (Infatti) la vita degli uomini è una sola e se essi sono uguali lo sono per l'irripetibilità della loro vita. L'individuo sa e dice: se la tecnica fallisce per me, essa è per sempre e definitivamente fallita. (...) L'eco sorda del dolore l'uomo contemporaneo se la porta dentro, la vive nella forma dell'inquietudine, se la tiene nel cuore come ansia!"²

¹ Manara D.(2000), *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*, Lauri Edizioni, Milano, pag. 10.

² Natoli S. (1995), *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Feltrinelli, Milano, pag. 270.

Il concentrarsi troppo od esclusivamente sulla tecnica porta facilmente a fondare la gratificazione professionale sulle proprie abilità tecniche, lasciandosi inaridire e bloccare di fronte alle relazioni umane, elemento essenziale della professione assistenziale.³

- **Il cammino di umanizzazione.**

Se lento e progressivo è stato il cammino che dall'antica *humanitas* dell'arte medica ha condotto all'attuale degrado dell'assistenza sanitaria, altrettanto può dirsi per il processo **dell'umanizzazione**.

Le prime spinte in tal senso si possono senz'altro far risalire al Cristianesimo. A parte le attività caritative dei primi secoli (le diaconie istituite a Roma da papa Fabiano, gli xenodochi voluti dal Concilio di Nicea, la Basiliade fatta costruire da S. Basilio) emergono, nel '500, le grandi figure dei santi riformatori dell'assistenza sanitaria: S. Giovanni di Dio e S. Camillo de Lellis.

Il primo realizza forse la prima "umanizzazione ospedaliera" della storia. Anzi, proprio del moderno concetto di ospedale può ritenersi l'ideatore: separazione in reparti, isolamento dei contagiosi, un posto-letto per ogni malato, ecc.

S. Camillo, invece, punterà maggiormente all'umanizzazione dell'assistenza, realizzata come vero e proprio servizio al malato ovunque si trovi: nella propria abitazione, nei lazzaretti, per la strada, ecc.

Accanto a questi movimenti del passato, bisogna considerare l'apporto del moderno fronte "laico" dell'umanizzazione. Le sue componenti sono molteplici ed eterogenee.

In primo luogo, la cultura della riappropriazione corporea in tutte le sue espressioni. L'idea di "riappropriarsi" del proprio corpo, pur avendo prodotto alcune distorsioni, costituisce certamente un notevole supporto alla valorizzazione di tutto ciò che può contribuire al ben-essere (psico-fisico-sociale).

Sul piano culturale si pone anche la maggiore sensibilità sociale sviluppata dalla nostra società nei confronti di tutte le categorie di emarginazione... forse più affermata che praticata.

Anche il risveglio dell'etica e della bioetica stanno contribuendo, se intese e vissute nella loro autentica dimensione, a suscitare interesse e attenzione al principio della "beneficialità, ell'autonomia e della giustizia distributiva nei confronti del malato e del benessere sociale.

- **Umanizzazione della professione sanitaria**

“Se “l'obiettivo dell'etica” e “l'obiettivo della tecnica” sono la *persona umana*, intesa nella sua globalità, la sua felicità e il suo miglior stato di vita possibile, dobbiamo di conseguenza ritenere che, in ambito sanitario, tutto dovrebbe essere orientato, da un lato, verso la **persona malata** con tutti i suoi bisogni di salute globale, di cura e di assistenza e, dall'altro, verso le **persone** che prestano la loro competenza professionale”.⁴

La sintesi tra i due aspetti si realizza nel processo di **umanizzazione dell'attività sanitaria**.

Purtroppo, l'esperienza spesso ci fa scoprire che anche nell'ambito sanitario, dove si intrecciano dolori, sofferenze, ansie, speranze, delusioni e morte, mancano ancora attenzione, sensibilità e responsabilità umana.

Ma, *che cosa significa umanizzare gli ambienti della salute?*

Il termine umanizzare dovrebbe indicare di per sé un *processo attraverso il quale si creano le condizioni per cui gli individui umani possano essere considerati e trattati come persone, nel rispetto cioè delle loro caratteristiche peculiari, corporee, psicologico-emozionali, sociali, spirituali.*

Umanizzazione non solo per i malati, ma anche per i loro famigliari e per gli operatori sanitari.⁵

³ De Toni A. (2004), *Gioia o noia nella professione infermieristica?*, in Bassetti O.–De Toni A. (2004), *L'infermiere: valore e risorsa nella sanità*, Rosini, Firenze.

⁴ De Toni A. (2005), *La ricerca di un percorso integrativo fra umanità e tecnica*, in Bassetti O.–De Toni A. (2005), *L'infermiere: fra tecnica e umanità, fra azione e relazione*, Rosini, Firenze.

⁵ Sgreggia E. (1992), *Sanità, etica e austerità*, in *Medicina e Morale*, n.5, 1992, p 841. Del medesimo Autore, vedi anche: *La formazione etica degli operatori sanitari*, in *L'Operatore Sanitario*, Roma, nn. 7-8, 1992.

In altre parole potremmo definire l'umanizzazione della sanità come "una **filosofia**, una **politica** e una **strategia** che conducono ai seguenti risultati:

- *I malati sono considerati come persone uniche ed insostituibili, degne di essere rispettate in tutti i loro bisogni.*
- *Secondo il grado della loro capacità, essi partecipano alle decisioni riguardanti le loro cure.*
- *Le relazioni tra i pazienti e il personale sanitario sono caratterizzate da spirito di uguaglianza.*
- *Nei limiti imposti dalle costrizioni fisiche e sociali, i pazienti funzionano come persone autonome, aventi diritto al controllo del loro destino.*
- *I pazienti vanno trattati con empatia e calore umano dal personale.*
- *Il personale vive e lavora in un clima caratterizzato dal rispetto e dalla stima, la condivisione della responsabilità e la partecipazione alle decisioni".⁶*

Questa prospettiva, che si iscrive in un progresso generale verso la qualità della vita, può apparire facilmente come una utopia; ma è come una sfida per ogni persona che abbia accettato di assumersi le proprie responsabilità nella e per la società.

2. STRATEGIE DI UMANIZZAZIONE

*Non permettere che alcuno ti convinca a curarlo
se prima non ti abbia aperto il suo animo,
perché il grande errore
che commettono i medici del nostro tempo
nel sanare le infermità,
è di considerare separati lo spirito dal corpo.
Non si può guarire l'uno senza curare l'altro".
(Platone in Parmenide)*

• **Strategie fondate sulla organizzazione amministrativa, tecnico-scientifica**

Quali sono le priorità di obiettivi che una scelta politica nazionale e regionale o le decisioni operative dei direttori generali intendono raggiungere?

Se l'obiettivo, per esempio, sarà quello di far quadrare un bilancio a qualsiasi condizione, con tagli sul personale e sulle prestazioni con un conseguente danno alla qualità dell'assistenza, certamente non vedremo una crescita di umanizzazione.⁷

Non è un impegno facile e a breve scadenza, ma senza questa "scelta strategica" anche gli operatori sanitari saranno nelle condizioni di poter fare ben poco. Infatti risulterà inadeguata anche la formazione umana degli operatori sanitari, se questi poi non sono posti nelle condizioni di poter agire di conseguenza, se **l'ambiente e l'organizzazione del lavoro** non sono a loro volta "umani ed umanizzanti".⁸

• **Strategie fondate sulle scienze e dinamiche psicologiche e sociali**

Le componenti psicologiche e culturali della salute vengono facilmente disattese da una *cultura sanitaria riduzionista*, che sembra attrezzarsi sempre più efficacemente nel senso della misurazione oggettiva e quantitativa della malattia, lasciando ad altri di occuparsi di tutto quanto concerne la percezione che il paziente ha della propria condizione.

⁶ Brusco A.(1983), *Umanità per gli ospedali*, Salcom, Roma, p. 33.

⁷ Spinsanti S.(1994), *Etica ed Economia*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, pp. 1-4.

⁸ Rotondo A.(1994), *L'umanizzazione in ospedale, intervista a Gaspare Jean*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, aprile 1994, CIS Milano, p. 5.

L'inadeguatezza dell'approccio quantitativo alla salute è una accusa che ricorre costantemente tra le critiche rivolte alla medicina contemporanea, troppo concentrata nell'individuare le cause del problema di salute in una alterazione organica e incapace di ascoltare e comprendere la sofferenza del malato.

Le scienze psicologiche e sociologiche, che tanto si impegnano a far riconoscere, anche nell'ambito della medicina, l'importanza della dimensione psicologica-emotiva-relazionale della persona, sono preziosissime per orientare la cura e l'assistenza verso forme olisticamente attente a tutte le dimensioni del malato.

Gli anni più vicini a noi hanno veduto l'affermarsi della corrente "*personalista e umanistica*" della psicologia.

Anch'essa condivide la preoccupazione d'una interpretazione globale della struttura personale dell'uomo. Gli psicologi "umanistici", ampliano il quadro di riferimento, accentuando la dimensione *cosciente e libera* dell'uomo, affermando con forza l'originalità dello psichismo umano.

Per i vari indirizzi della psicologia umanistica, si possono ricordare A.H. Maslow, C. Buhler, C. Rogers, H. Thomae, L. Biswanger, V. Frankl, G.W. Allport (corrente personalistica), ecc.

Costoro danno grande rilievo, nella spiegazione della personalità, ai *fattori coscienti*, alle *motivazioni* razionali, alle *decisioni* libere del comportamento dell'uomo.

Lo psichismo umano è da essi visto come caratterizzato da elementi propri, quali *l'autocoscienza*, la *razionalità*, la *libertà*.⁹

V. Frankl, in particolare, nella sua opera *Logoterapia e analisi esistenziale*, intende sottolineare l'importanza dei valori significativi per l'esistenza umana e arriva ad affermare che solo dando significato un alla vita, la persona riesce a trovare un equilibrio ed una serenità interiore.

La *logoterapia* si propone di aiutare l'uomo a trovare il significato che lo interpella attraverso le mille situazioni, che volta per volta è chiamato a vivere. In questa prospettiva anche la tecnica, la ricerca scientifica, il lavoro, per riconciliarsi con l'uomo, devono rientrare nel contesto del significato che a loro l'uomo stesso affida.

Un *umanesimo psicologico*, come quello proposto da Frankl, aiuta molto a far sintesi, nell'uomo, di ogni suo intendere e fare; la scienza e la tecnica non sono disumane o antiumane, se rientrano in quel progetto di significato che il soggetto uomo o società sapranno dare loro. Solo da questa sintesi può nascere un progetto di umanizzazione significativo ed efficace.

" Gli sviluppi della medicina psicosomatica e del nursing, afferma *Luciano Sandrin*, mettendo in rilievo il valore terapeutico dell'approccio olistico o globale, che consiste nell'incontrare la persona del malato nella sua totalità di essere bio-psico-socio-spirituale, hanno avvalorato la tesi che solo la capacità di affrontare insieme aspetti tecnici e aspetti di relazione mette gli operatori in grado di aiutare veramente gli ammalati".¹⁰

Anche la **sociologia** tende a prendere in considerazione le dimensioni "*umanistiche*" degli esseri umani; li considera come individui che si esprimono, crescono, interagiscono in un contesto relazionale dove gli aspetti tecnico-organizzativi dovrebbero essere in funzione delle persone.

Il suo scopo è prevalentemente quello di *guardare alle dinamiche interiori degli individui umani* quando si trovano *insieme tra loro*, quando si trovano a condividere da tempo una medesima cultura, quando sono coscienti della loro identità e continuità collettiva ed hanno tra loro distinti rapporti economici e politici, nonché particolari relazioni affettive, strumentali, espressive.¹¹

Le *dinamiche affettive e relazionali* hanno, sia per il malato che per i famigliari e per gli operatori professionali sanitari, un peso fondamentale per creare situazioni di benessere globale o di disagio; benessere o disagio che influiscono essenzialmente sulla salute "degli assistiti e degli assistenti".

• Strategie fondate sulla bioetica

⁹ Cfr. *Dizionario Pastorale Sanitaria* (1997), Ed. Camilliane, Torino, alla voce *Psicoterapia-V. Frankl* (G. Cinà), pagg. 1025-1028.

¹⁰ Sandrin L. (1989) *Capire e aiutare il malato*, Ed. Camilliane, Torino.

¹¹ Gallino L. "*Dizionario di Sociologia*" – Utet 1993.

Ma pur nel il rispetto delle dinamiche psicologiche, un clima-realtà di umanizzazione non può raggiungere piena attuazione senza quei *valori* che determinano un orientamento costruttivo o distruttivo della realtà di vita, quei valori che trovano approfondimento e chiarificazione nella filosofia etica.

Il cammino verso l'umanizzazione degli ambienti sanitari si percorre principalmente e fondamentalmente secondo la direzione che **l'etica e la bioetica** sono in grado di indicare.

Anche se, come scrive *Galimberti*, l'epoca dell'etica sembra essere al tramonto, in quanto viene soppiantata dalla tecnica, con tutte le sue enormi potenzialità, non è possibile rinunciare alla dimensione umanistica della persona, senza ridurla ad una serie di impulsi deterministicamente guidati.

Il fondamento della persona umana sta nella sua **autocoscienza e autonomia**, anche se questi due elementi si trovano continuamente limitati dalla realtà stessa dell'uomo.

Scrivono *E. Fizzotti*: "La concezione della libertà implica un duplice movimento: da una parte si è liberi *dall'essere spinti*, ossia non si sottostà unicamente ai propri istinti e alle proprie determinazioni; dall'altra si è liberi *per essere responsabili*, ossia si concepisce l'uomo in modo dinamico, significativo, prospettico, un uomo orientato fondamentalmente alla realizzazione e all'adempimento del significato concreto della sua esistenza... La libertà che si invoca è quella di poter elaborare un progetto di sé che coinvolga gli altri, la natura, la società in un crescendo armonico e profondamente umano".¹²

V. Frankl è sulla medesima linea: pur con tanti limiti, la dimensione spirituale dell'uomo emerge continuamente in un anelito verso la libertà: "... l'uomo è soggetto ad ogni tipo di condizionamento; non si può pertanto ritenerlo del tutto libero da essi.

Piuttosto l'uomo è libero di assumere un atteggiamento nei riguardi di qualsiasi condizione con la quale venga messo a confronto. E in questo prendere posizione, e precisamente a tale grado, l'uomo è libero. La libertà sta quindi nella scelta dell'atteggiamento da adottare ogni volta che l'uomo si trovi confrontato con una situazione che non può essere cambiata".¹³

E. Sgreccia, nel suo *Manuale di Bioetica*¹⁴, sostiene con forza e chiarezza che l'etica nasce dalla stessa natura dell'uomo, che, in quanto libero e responsabile (pur nei suoi limiti), dà un orientamento finalistico al suo agire e tenta di rispondere ai grandi interrogativi che ogni essere intelligente si pone: chi sono, dove vado, che senso ha la mia vita.

Inoltre, il livello del progresso tecnico attuale pone altri enormi problemi, riguardanti la possibilità «tecnica» di distruggere l'umanità intera, attraverso l'arma atomica, chimica o attraverso l'inquinamento dell'ambiente ed anche sul piano della possibilità d'introdurre la «mutazione» genetica dell'uomo.

“La domanda etica oggi, continua sempre *Sgreccia*, è formulabile così: *cosa si deve fare o non si deve fare perché l'uomo sopravviva e rimanga uomo?*”

Questa domanda ne suppone e richiama altre due: che cos'è che caratterizza l'uomo come tale e se sia necessario che l'uomo esista nel mondo.

La «fine del mondo» è stata preannunciata dagli strutturalisti come Foucault, ma può essere realizzata dalla tecnologia moderna.”¹⁵

E' quindi proprio l'etica che è chiamata a confrontarsi con la tecnica; è nell'etica che umanesimo e tecnicismo possono integrarsi insieme: l'etica (la riflessione critica dell'uomo sul proprio agire) impedisce che la tecnica vada proprio contro l'uomo e diventi non solo disumana ma anche antiumana.

Ma come può muoversi l'etica in questo confronto e integrazione?

¹² Fizzotti E. (1992), *Per essere liberi*, Paoline, p. 62.

¹³ Fizzotti E., *op. cit.*, p. 61.

¹⁴ Sgreccia E. (2000), *Manuale di bioetica*, vol. 1, Vita e Pensiero, Milano, pag. 206.

¹⁵ Sgreccia E. (2000), *Manuale di bioetica*, *op. cit.* pag. 687.

a. BIOETICA DELLA RESPONSABILITÀ

Come abbiamo accennato in precedenza, riteniamo che l'agire umano non possa affrancarsi da una valutazione etica che ne indichi la qualità delle finalità e dei mezzi-strumenti, cioè da un "obbligo di responsabilità morale".

L'uomo, in quanto essere libero e consapevole, è chiamato a *rispondere* delle sue azioni, anche in riferimento alla ricerca e strumentazione scientifica.

Di conseguenza, anche nell'ambito della medicina e del nursing, non può mancare il richiamo ad **un'etica della responsabilità**.

La persona ritorna oggi ad essere al centro della riflessione etica, essendo *il rispetto e la protezione dell'individuo* il tema dominante della bioetica.

Il professionista sanitario, uomo e soggetto egli stesso, si trova quindi moralmente sollecitato a dover considerare la persona nella sua totalità di vissuto, rapporti affettivi, ansie, paure, progetti, ruolo e posizione nella società, di cui è parte integrante ed autonoma.

"L'opera del medico assume una valenza basilare: come scienziato percepisce la necessità di identificare strade terapeutiche alternative, come curante sente l'obbligo di lenire il dolore, come uomo sente l'esigenza di un dialogo aperto..."¹⁶.

L'appello alla responsabilità risuona con sempre più univoca insistenza non solo come paradigma etico della bioetica, ma come *più* generale paradigma dell'etica nell'età tecnologica, con motivazioni e accenti che merita sinteticamente richiamare.

Del nostro comportamento *noi* dobbiamo rispondere.

Lo slogan spesso usato dai medici "*agire secondo scienza e coscienza*" richiama proprio questo impegno di essere responsabili di fronte alla coscienza etica delle proprie azioni, anche nella pratica medica e nella ricerca bio-medica.

Altrettanto vale per ogni figura professionale, sempre rispettando ruoli e competenze.

Il codice deontologico del medico e dell'infermiere sottolineano in più parti e con chiarezza il richiamo alla responsabilità etica del professionista sanitario.

Pur tuttavia, rimangono aperti interrogativi e problemi enormi, quali, ad es.:

- Che rilevanza dare, nella formulazione di una decisione bioetica responsabile, al rispetto dei processi biologici della natura umana? Può tale rispetto essere assunto a misura ultima del carattere etico di un intervento biomedico?
- La pretesa di conoscere la natura dell'uomo e di basarsi su tale conoscenza per fissare un limite oggettivo agli interventi manipolatori è fondata o invece questa conoscenza è sempre mediata dall'interpretazione culturale?
- come superare l'imbarazzo di chiedere alla scienza e alla tecnica di mettersi al servizio dei fini intrinseci alla natura umana, quando questi fini non sappiamo più con certezza quali siano o quando, nella pretesa di conoscerli pienamente, hanno giustificato in passato non poche condotte repressive?

□ **responsabilità per il medico.**

La **finalità** della medicina è la *persona malata*: senza malattie e senza morte non sarebbe sorta la medicina! In altre parole, ogni attività medica ed infermieristica deve sentirsi responsabile nei confronti della persona malata, cioè valutare le conseguenze delle sue azioni proprio nei confronti del malato.

"Al medico, scrive *H. Jonas*, lo scopo è dato dalla finalità interna del suo oggetto, la «materia prima» è già l'ultimo e il tutto, e cioè il paziente, e il medico si deve identificare con la finalità proprio di quest'ultimo. Questa è di volta in volta la «salute» ed essa è definita dalla natura.

Non occorre dunque che egli inventi nulla, eccetto che nei metodi, per raggiungere tale fine. (...)

E ancora una volta ciò che distingue l'arte medica dalle antiche arti dell'umanità è che fin dall'

¹⁶ Minaccio G.(1994), *Bioetica e umanizzazione*, in *Insieme per servire*, AIPAS, Verona, aprile-giugno 1994, p 16.

antichità - da Ippocrate - essa è intimamente legata a una scienza investigativa che ne costituisce il fondamento.

Anche se l'arte e la tecnica medica sono rivolte al corpo, tramite cui l'uomo appartiene al regno degli organismi animali, (“è cosa di natura tra cose di natura e in questo senso rientra nella scienza della natura”), tuttavia si tratta del *corpo di una persona* e in questo culmina il già menzionato carattere di fine a se stesso dell' oggetto dell' arte medica: per consentire a una persona di vivere, il corpo deve essere aiutato. Il corpo è l'elemento *oggettivo* ma è il *soggetto* a essere in gioco.¹⁷

In altre parole, il medico è responsabile del bene del paziente; ma di quale bene? di quello che il paziente stesso vorrebbe a tutti i costi? di quello che la società ha stabilito come bene da assicurare alle singole persone? di quello che è legato e scaturisce dalla natura stessa dell'essere umano?

E qui torniamo al punto focale dell' antropologia filosofica: chi è l'uomo? quale la sua felicità? quale la sua vera salute?

Questi interrogativi si concretizzano in ambito medico con le possibilità enormi che la tecnica offre al medico: *più il mezzo tecnico è potente, più la responsabilità di chi lo usa deve essere ampia e sicura.*

Il professionista sanitario interviene sulla nascita, sulla morte, sulla qualità di vita. Chi lo guida se non una responsabilità di coscienza. Non è solo il corpo malato che chiede guarigione, ma attraverso il corpo si decide *per e sulla* persona.

La responsabilità del sanitario, inoltre, è equilibrata dalla responsabilità *del* malato: ecco l'impegno etico del *consenso* adeguatamente informato. Ma spesso il malato è obnubilato ed intaccato emotivamente dalla malattia, per cui si richiede un parametro che sia, come già accennato, fondato sulla natura stessa dell'uomo.

□ **responsabilità per l'infermiere.**

Come per il medico, così per l'infermiere, la responsabilità etica diventa la garanzia per il paziente di essere considerato e trattato *come persona*, nel rispetto della sua dignità e dei suoi bisogni.

Se il *to cure* esige tutta una serie di enormi responsabilità, non di meno sarà per l'infermiere e per le figure complementari.

Evidentemente parlare di responsabilità etica per l'infermiere, presuppone che l'infermiere, nell'ambito della sua professionalità possa esprimersi come *presenza autonoma e responsabile*; non il cosiddetto paramedico (termine non ancora scomparso dal nostro linguaggio), ma il professionista che assume spazi di azione e responsabilità proprie, inserito in un contesto di interdipendenza delle varie specificità professionali che ruotano attorno alla persona del malato.

In pratica, essere responsabili nell'assistenza infermieristica significa sviluppare “un modo di ragionare come un infermiere”¹⁸.

E questa è una caratteristica di tutti i momenti della vita di un operatore sanitario, dall'ausiliario al dirigente o al primario, cioè *la responsabilità* (concetto questo che deve essere decisamente recuperato in una società che ha attraversato un periodo, in cui si è scivolati verso la deresponsabilizzazione diffusa) di operare a favore della persona malata, in stato di bisogno - e di tutti gli uomini-, di vivere la solidarietà o solo la gratificazione personale, di costruire una realtà fondata sull'onestà e sul pieno utilizzo delle proprie potenzialità e competenze.

“E' molto facile, afferma un dirigente infermieristico, che nella sanità - dove non si producono beni materiali misurabili in termini produttivi come in un'industria - ci si dimentichi che l'obiettivo di chi lavora è produrre la vita e lavorare per la qualità della stessa. Se si trascura questo, il malato rischia di diventare solo un' “occasione”, una palestra dove esercitare la propria - discutibile - professionalità.”

L'infermiere responsabile tiene sempre presente, nel suo agire professionale, gli obiettivi specifici della sua stessa professionalità, che si concretizzano nella *relazione di aiuto*; tale relazione chiama in gioco non solamente tecniche, strumenti, protocolli, ma soprattutto la *soddisfazione-gratificazione* (per il malato e per l'infermiere), che nasce da una comunicazione gratificante ed appagante.

¹⁷ Jonas H., *Tecnica, medicina ed etica*, op. cit. pag. 111.

¹⁸ Atkinson L.D M. - Murray M. E. (1994), *Capire il processo di nursing*, Ambrosiana, Milano.

BIOETICA DELLE VIRTÙ

La *qualità professionale* e la *buona pratica clinica*, elementi fondamentali per rendere umana la professione sanitaria, sono costruite ed espresse, seguendo un indirizzo di bioetica, che, nell'attuale analisi concettuale, viene denominata "*bioetica delle virtù*".

Essa non è del tutto priva di originalità, dal momento che "persegue la riabilitazione della filosofia pratica per ripensarla alla luce dell'attuale contesto storico-culturale e in confronto con altre prospettive, onde prefigurare una feconda sintesi in grado di fronteggiare le sfide poste dalla bioetica alle soglie del terzo millennio"¹⁹.

L'etica delle virtù privilegia l'interrogativo: «*Che genere di persona devo diventare?*», a differenza della cultura moderna, che generalmente è concentrata sulla domanda: «*che cosa è possibile fare, quali regole dovremmo seguire, perché dovremmo rispettarle?*».

Non si tratta di eludere o negare i principi e le regole in campo etico, ma di porre l'accento sulla *persona*, che applica tali principi.

"Affinché le virtù, scrive *G. Ravasi*, possano reggere saldamente le redini della libertà umana, occorre che il loro esercizio sia costante, in una sorta di addestramento dell'anima a rifuggire il male"²⁰.

Non si può prescindere dalle "qualità-virtù" di chi applica delle regole, in quanto le persone fanno come da filtro, per l'attuazione di ogni regola e principio morale: "non soltanto il momento applicativo del giudizio etico esige determinate capacità acquisite per incarnare i valori, ma la stessa sensibilità al senso e al valore della persona nascono da un ambito di coscienza ispirato dalla virtù"²¹.

Altrettanto si deve dire per quanto riguarda l'applicazione e l'uso della *tecnica*: se la tecnologia è guidata da persone virtuose, possiamo intuire che sarà guidata a buon fine.

Il problema può complicarsi, quando si tenta di chiarire il concetto di *virtù* e di *persona virtuosa*.²²

▪ Seguendo l'analisi proposta da **MacIntyre**²³, va riconosciuto a Nietzsche il merito di aver riproposto in modo perentorio e provocatorio l'interrogativo aristotelico: *che tipo di uomo devo essere, devo diventare?*, in opposizione al pensiero filosofico moderno, che si chiedeva: *quali regole devo seguire e perché devo rispettarle?*

Nietzsche dà la sua risposta, proponendo il modello del *super uomo*, libero da ogni norma morale.

MacIntyre afferma invece che bisogna partire dalle virtù, per capire la funzione e l'autorità delle regole, perché, o si accetta la posizione di Nietzsche - la virtù è intesa in senso *soggettivistico, emotivistico, relativistico* - oppure la posizione di chi afferma che la virtù va intesa in senso *oggettivo, teleologico (finalistico), comunitario e solidale* (posizione aristotelica)²⁴.

Secondo la tradizione classica aristotelica, infatti, la virtù è un *abito* che consente all'uomo di raggiungere il *telos* (obiettivi) intrinseco, specificamente umano.

La virtù etica è la facoltà di desiderare ciò che è bene, una facoltà, che diventa azione e abito, attraverso l'esercizio e l'educazione. Perciò il concetto di vita buona per l'uomo precede quello di virtù, nel senso che la virtù è in funzione del concetto-realizzazione di un bene per l'uomo. *E' virtuoso chi fa il bene.*²⁵

Inoltre, la virtù presuppone una distinzione essenziale tra ciò che viene *ritenuto bene da ciascuno in una data situazione* e ciò che è *davvero bene* per lui in quanto uomo.

Compiere il bene, secondo quest'ultima accezione, costituisce lo scopo dell'esercizio delle virtù, sulla base di un giudizio etico, in ordine a ciò che è giusto *hic et nunc*.

In questo contesto, l'etica delle virtù proposta da MacIntyre intende le virtù come "qualità umane acquisite, mediante cui poter conseguire quei valori *interni alle "pratiche"*, che concorrono a formare

¹⁹ Savignano A. (1999), *Bioetica delle virtù*, Guida Editori, Napoli, pag. 13.

²⁰ Ravasi G. (2005), *Ritorno alle virtù*, Mondadori, Milano.

²¹ Sgreccia E., *Manuale di bioetica*, op. cit. pag. 63.

²² Cfr. De Toni A. (2003), *L'etica dell'eccellenza*, in Bassetti O. (2003), *L'infermiere eccellente*, Rosini, Firenze..

²³ MacIntyre A. (1988), *Dopo la virtù*, Milano, pag. 147.

²⁴ Savignano A. (1999), *Bioetica delle virtù*, op. cit. pag. 21.

²⁵ Rohls J. (1995), *Storia dell'etica*, Il Mulino, Bologna, pagg. 76-80.

il senso di *un'intera vita*, essendo finalizzate al perseguimento del bene nell'ambito di una *tradizione sociale-comunitaria*".²⁶

▪ **Beauchamp e Childress** applicano *l'etica delle virtù* all'ambito sanitario, sottolineando che la virtù morale è un *tratto del carattere* moralmente apprezzato.

Secondo questi autori, la virtù morale non è fondata solo sui principi morali, ma anche sulla *motivazione*: "in una prospettiva morale noi teniamo conto delle motivazioni delle persone e ci curiamo, in special modo, delle forme di motivazioni *inerenti al carattere*: "oltre ad essere adeguatamente motivata all'azione, una persona virtuosa spesso deve provare adeguati *sentimenti*, come la partecipazione emotiva e il rincrescimento - anche quando questi sentimenti non provocano delle motivazioni e nessuna azione può risultare da essi."²⁷

Ogni professione richiede particolari obblighi e virtù in chi la svolge e il possesso di questi standards di virtù predispone un individuo ad agire secondo gli obiettivi della professione stessa.

Beauchamp-Childress, nel loro saggio, giungono a proporre un elenco di *quattro* virtù (atteggiamenti virtuosi), che dovrebbero caratterizzare i professionisti sanitari.

Sono virtù che, una volta messe in atto, possono essere un percorso efficace per l'integrazione tra le abilità tecniche e quelle umane nell'arte medica e nel nursing.

Le riportiamo con un breve commento.

1. *la compassione*

È un tratto che "combina una attitudine di *attivo riguardo* per il benessere altrui, con una consapevolezza immaginativa e una risposta emotiva di profonda solidarietà, tenerezza e disagio per la sfortuna o sofferenza dell'altra persona".²⁸

Secondo questo significato, la compassione non è tanto una forma di pietismo o senso di compatimento emotivo, quanto piuttosto una forma di *solidarietà*, che si esprime con atti di *benefficienza*: è un atteggiamento interiore di *benevolenza* (volontà di fare il bene) che si concretizza nella *beneficienza* (atto concreto di bene).

Questo tipo di compassione – molto legata al *to care*- porterà l'infermiere a fare buon uso della tecnica (e delle tecniche migliori ed aggiornate), proprio in vista del migliore benessere del malato. L'operatore "compassionevole" eviterebbe ogni tecnica di accanimento sperimentale o terapeutico-assistenziale; non si lascerebbe andare a trascuratezza nella ricerca e nella applicazione delle tecniche, ecc.

2. *il discernimento*

Consiste fundamentalmente nella abilità di *emettere giudizi* e di arrivare a *prendere decisioni*, senza essere troppo ed indebitamente influenzati da fattori esterni, da paure o da affetti personali.

Questa virtù è in stretto contatto con la virtù del *coraggio*.

Di fronte ad una situazione critica, sapere - capire-discernere - ciò che è giusto o prioritario ed agire con prontezza ed oculatezza, questa è virtù; saper quali regole applicare o non applicare in situazioni complesse, nei confronti di pazienti difficili o a parenti emotivamente alterati, tutto ciò richiede all'operatore sanitario una buona dose di discernimento: "spesso il discernimento si manifesta mediante una risposta creativa nell'agire responsabile".²⁹

3. *la fideità*

Non è una virtù facile da attuare, in quanto, viviamo in una cultura, dove prevalgono la diffidenza, la competitività, la rivalsa e l'inganno.

La fiducia, scrivono Beauchamp e Childress, è "un credere fiducioso e un affidarsi all'abilità e al carattere morale di un'altra persona; ... la fiducia implica la certezza che un altro agirà con i giusti motivi, in accordo con le regole morali."³⁰

²⁶ Savignano A.(1999), *Bioetica delle virtù*, op. cit. pag. 24.

²⁷ Beauchamp T. e Childress J. (1999), *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze, pag. 72, 74.

²⁸ Beauchamp T. e Childress J. (1999), *Principi di etica biomedica*, op. cit. pag. 452.

²⁹ Beauchamp T. e Childress J. (1999), *Principi di etica biomedica*, op. cit. pag. 455.

³⁰ *ibidem*.

Forse, se nel passato il paternalismo medico aveva ridotto il paziente in balia della *scienza e coscienza* del medico, ora si sta passando all'estremo opposto, alla diffidenza preconcepita e alla sindrome della denuncia. Per cui, il recupero della virtù della fiducia può portare ad una *alleanza diagnostico-terapeutica* molto utile sia per il paziente che per l'operatore di cura e assistenza.

La competenza tecnica unita alla responsabilità morale fanno sorgere fiducia da parte del malato: si sente sicuro, si sente compreso in profondità e si sente trattato da *persona soggetto e non oggetto* trascurato o strumentalizzato.

4. *l'integrità*

Il significato, che i due autori citati danno a questa virtù, è duplice: "il primo è una coerente integrazione degli aspetti dell'io – emozioni, aspirazioni, conoscenza – in modo che ognuno di essi completi e non frustri l'altro; il secondo è il tratto caratteriale della fedeltà ai valori morali e della loro difesa quando siano minacciati o attaccati."³¹

La virtù dell'integrità richiama la virtù della fedeltà e della coerenza e si contrappone ai difetti dell'ipocrisia, della falsità e dell'autoinganno.

Questa virtù si addice a quei professionisti che applicano la tecnica con correttezza scientifica e con correttezza morale; cioè non permettono che il tecnicismo copra un vuoto morale o una trascuratezza relazionale.

Vado a pensare a molte esperienze raccolte in reparti di area critica, dove lo sguardo e l'attenzione sono fissi sulle sofisticate apparecchiature e non ci si accorge del soggetto malato con tutte le sue reazioni emotive più o meno palesi.

5. *La tenerezza*

Mi sembra importante o, quanto meno interessante, aggiungere un'altra virtù a quelle proposte da B-C, la virtù della tenerezza

La tenerezza può essere definita come *la carica interiore dell'amore, un amore che desidera il bene dell'altro, che accetta l'altro con le sue caratteristiche, senza manipolarlo o giudicarlo.*³²

- Tenerezza è l'opposto di durezza, di freddezza, di qualcosa che ci respinge più che accoglierci, che ci mette a disagio...
- è un bisogno per ogni essere vivente di incontrare, scambiare, sostenersi... sentire delle sensazioni interne ed esterne che producono piacere, rilassamento, benessere, tranquillità; a livello fisico, a livello di emozioni e sentimenti, a livello di idee e di spiritualità.
- Essere teneri significa essere solidali, solleciti e responsabili nei confronti degli altri, specialmente di chi cerca atteggiamenti terapeutici di qualità globale.

La tenerezza o la durezza investono la totalità della persona e della realtà sociale in cui viviamo: si riscontra oggi una certa urgenza di passare, secondo una espressione corrente, dalla cultura del guerriero alla cultura dell'accoglienza, nella quale si supera la convinzione che bisogna essere forti e combattere contro gli altri, visti come avversari e nemici, per arrivare alla convinzione che la forza della non violenza è la strada da perseguire per non distruggere se stessi, la famiglia, il mondo.

In *ambito sanitario*, la tenerezza è prezioso aiuto per superare la tentazione di agire solamente o prevalentemente in modo tecnicistico e per sviluppare obiettivi e contenuti, in cui la *competenza tecnica e quella relazionale* si fondono, al fine di rispondere sempre meglio alle esigenze dei pazienti. Le scienze psicologiche e l'esperienza insegnano che, anche in situazioni estreme, la dimensione psichica del paziente è ancora recettiva e bisognosa di "stimoli umani e umanizzanti".

"Troppo spesso il modello assistenziale sanitario manca di *intelligenza emotiva*, nel senso che il personale sanitario, salvo eccezioni, non considera con sufficiente attenzione la fragilità emotiva del paziente; rimane freddo o indifferente di fronte alle sue paure, ai suoi disagi o alla sua disperazione; è

³¹ Beauchamp T. e Childress J. (1999), *Principi di etica biomedica*, op. cit. pag. 457.

³² Lesca R. (2001) *Il linguaggio della tenerezza*, in Bassetti O. (2001), *Lo specifico relazionale infermieristico*, Rosini, Firenze, pag. 51.

frettoloso ed intento a curare prevalentemente gli aspetti fisici, dimenticando che *ogni interazione* col malato può rappresentare un'occasione concreta per informarlo, rassicurarlo e confortarlo.”³³

Ogni qualvolta i pazienti si sentono diagnosticare una malattia cronica od invalidante e/o quando, attraverso il consenso informato, comprendono di dover subire interventi mutilanti e/o, quando, risvegliandosi dopo un incidente, prendono consapevolezza che resteranno permanentemente invalidi, si scatena in loro una ridda di sentimenti contrastanti.

Queste reazioni dipendono tanto alla struttura psicologica di base quanto al fatto che difficilmente si è preparati ad affrontare la *tempesta emozionale*, che esplode quando un avvenimento grave come la malattia sconvolge l'esistenza umana.

In queste situazioni, grazie ad un gesto affettuoso, ad una carezza, ad una vicinanza, il corpo registra reazioni immediate, sente profondamente, percepisce inconsciamente e reagisce.

Senza alcuna ombra di dubbio, la virtù della tenerezza, per un professionista della salute, è una strada privilegiata per umanizzare qualsiasi intervento e applicazione tecnica.

• Un'etica di umanizzazione per gli operatori sanitari

Come abbiamo più volte accennato, il professionista si trova coinvolto non solo operativamente, ma anche psicologicamente, nel suo impegno di cura e assistenza.

Ciò comporta conseguenze che si riversano sulla sue condizioni esistenziali e sociali.

Quali aiuti allora poter offrire?

Innanzitutto, si dovrebbe partire da una oculata *scelta degli operatori sanitari*, scelta fondata su certi parametri che non siano solamente quelli del “sapere molte nozioni” o di “possedere titoli di studio”, ma soprattutto sulla verifica **delle motivazioni e sulle attitudini personali**.

Non si tratta di fare discriminazioni, ma sembra inconfutabile che non tutte le persone, avendo ognuna caratteristiche, propensioni e doti diverse e specifiche, siano portate a svolgere qualsiasi professione.

Ancora, è richiesto un **atteggiamento lavorativo eticamente corretto**, cioè un modo di svolgere la propria professione che sia a metà strada fra una visione totalizzante ed una estraniante del lavoro; cioè, in altre parole, da un lato, non sentire e vivere la professione come il valore assoluto di fronte al quale tutto viene sacrificato (sacrifico la vita, la famiglia, i contatti sociali...) e d'altra parte, nemmeno arrivare a sopportare e vivere il lavoro come una condanna o necessità per lo stipendio, senza dividerne con responsabilità le finalità.

Solo in un contesto di *equilibrio professionale*, l'operatore sanitario saprà trasmettere atteggiamenti di umanità, di attenzione e promozione delle persone. In caso contrario troveremo persone frustrate, scontente, demotivate, che, per quanto poco, riverseranno sugli altri (malati e colleghi) le proprie frustrazioni.

Il supporto psicologico ed etico sono certamente essenziali, ma si tratta di tradurli in supporti operativi efficaci.³⁴

La gestione della sfera emotiva ed esistenziale è un compito arduo e talvolta logorante.

Mi riferisco in particolare a certe unità operative, dove le patologie o la situazione dei pazienti provocano in loro reazioni emotive estreme o esasperate; gestire tali emozioni o bisogni affettivo-relazionali richiede alta e qualificata competenza professionale, grande carica motivazionale e forte equilibrio interiore.

In altre parole, è sì necessario avere nel proprio bagaglio culturale conoscenze tecnico professionali, conoscenze di tipo psicologico, che consentano di instaurare un'efficace relazione di aiuto; ma soprattutto è fondamentale riuscire ad “*essere*”, cioè di confrontare con le conoscenze professionali le proprie concezioni globali della vita, della natura dell'uomo, della sua essenza, del significato del vivere, del morire, del soffrire, allo scopo di qualificare il rapporto che si instaura con la persona malata.

³³ Lesca R. (2001) *Il linguaggio della tenerezza*, op. cit. pag. 59.

³⁴ Dell'acqua U. (1994), *Terapia di relazione e processo terapeutico*, in Bassetti O. (1994), *Educare assistendo*, Rosini, Firenze, pag. 57.

“E’ stato per noi necessario, scrive un gruppo di infermieri in un reparto di ematologia, affrontare le problematiche emotive ed esistenziali dei pazienti, in maniera da non soccombere sotto il peso di “qualcosa più grande di noi”.³⁵

Una risorsa molto preziosa per evitare la routinarietà e il burn-out nel lavoro (che si traducono facilmente in un appiattimento arido e minimale della tecnica-pratica assistenziale), sarebbe la **formazione-aggiornamento continua**: formazione *personale* e formazione *professionale*.

“Quando un individuo è convinto e desideroso di aggiornarsi, non si ferma al “fare i lavori”, non percepisce la qualità lavorativa come una meta già raggiunta, come una serie di mansioni o prestazioni stabilite una volta per sempre; sente che gli orizzonti rimangono sempre aperti a nuove conoscenze e nuovi modelli organizzativi; gioisce della verità che scopre in continuazione, gioisce delle conoscenze che continuamente arricchiscono il suo spirito.”³⁶

Tutto ciò non è facile, perché, come si dice in altra parte, non c’è solamente il lavoro, nella vita...

Ma non è facile, anche perché, spesso, ci si scontra con la resistenza psicologica al cambiamento, dovuta molto spesso alla paura, insicurezza personale o alla pigrizia mentale; in genere, è più facile mantenere gli stessi atteggiamenti anche se non funzionali, piuttosto che rischiare e avventurarsi in uno o più tentativi di cambiamento.

Parecchi studi, sulla soddisfazione nel lavoro, concordano globalmente nel dire che la gratificazione proviene da una *valutazione soggettiva* del lavoratore relativamente alle sollecitazioni, che gli vengono dall’esperienza lavorativa, in riferimento alle sue aspettative: “La soddisfazione è la percezione di risposte interne e consiste di percezioni filtrate attraverso l’individuale sistema di norme, valori e aspettative”.³⁷

Che cosa ci si aspetta dal proprio lavoro?

La risposta a tale domanda si collega a tutta la *problematica motivazionale*.

Le diverse teorie sull’argomento ci fanno capire che la motivazione è un fenomeno complesso e che non è facile, per non dire impossibile, comprendere a fondo e in modo univoco la ragioni per cui un individuo possa lavorare bene, con gioia ed entusiasmo o con noia e aggressività.

Lo studio della motivazione si interessa principalmente del *perché* le persone si comportano in un certo modo, scelgono un particolare corso di azioni preferendole ad altre, perché continuano nell’azione scelta, spesso per un lungo periodo, fronteggiando difficoltà e problemi. In termini generali, la motivazione può essere descritta come la *direzione* e la *durata* dell’azione”.³⁸

Motivazione interiore, qualità organizzativa e ritmi umani di lavoro, valori etici di rispetto e promozione delle persone (sia malati che professionisti), valori etici di giustizia e di onestà; sono tutti elementi che rendono la persona “virtuosa” e di conseguenza, in qualsiasi ambito operi o si trovi a vivere esperienze, anche difficili, capace di uno stile rispettoso dell’essere umano e fonte di maggiore serenità e speranza.

prof. Aldo De Toni

³⁵ Pagiusco G.(1998), *La didattica del consenso informato*, in Bassetti O. (1998), *Rassicurare informando*, Rosini, Firenze, pag. 157.

³⁶ De Toni A. (2004), *Gioia e noia nella professione infermieristica?*, op. cit. pag. 291.

³⁷ R. Maeran, *Gestione delle risorse umane nelle organizzazione*, LED, Milano, 2003, pag. 113.

³⁸ R. Maeran, *Gestione delle risorse umane nelle organizzazione*, LED, Milano, 2003, pag. 37.

DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

(Il malato, uomo o pacco postale?)

“Ascolta il grido...” (Mt 9,27-29)

Fra Marco Fabello

Premessa

E' stato durante il Convegno che l'Associazione di Pastorale della Salute (AIPaS) dello scorso mese di ottobre di Collevaleza, che Suor Carmelita mi ha accennato all'incontro di oggi ma il titolo definitivo con il suo contorno ho potuto conoscerlo solo a metà gennaio.

Infatti le verità, le preoccupazioni, le contraddizioni e le provocazioni si moltiplicano alla lettura completa del titolo, del sottotitolo e del commento al titolo stesso: “Ascolta il grido...”.

1. “Ascolta il grido” e il tempo di Gesù

Iniziamo da questo messaggio. Sembra quasi un moderno SMS. Ma dobbiamo contestualizzare questo momento. E' una delle pagine evangeliche tra le più “umane”. Infatti il Vangelo ci presenta in questo Capitolo 9 Gesù che guarisce. Alcuni Lo definiscono anche il Gesù “medico”.

Non so se questa definizione sia la più indovinata perché Gesù in questi casi non cura ma “guarisce”. Teniamo presente questa precisazione: e cioè la differenza (o la complementarità) tra curare e guarire.

E noi comunemente diciamo che il medico cura ma e il malato guarisce.

Questo processo di cura e guarigione tornerà più avanti nel nostro incontro e, forse, ne sarà un po' anche il centro.

Nel contesto in cui ci stiamo posizionando possiamo osservare che Gesù ascolta diverse grida:

- il primo grido è del paralitico che alcune persone gli portano dinnanzi;
- il secondo grido è di un capo delle guardie la cui figlia è morta; (possiamo quasi intravedere tutte le persone in coma),
- il terzo è il grido di una donna che soffriva di emorragie da 12 anni;
- il quarto grido è quello di due ciechi;
- il quinto grido è quello di un indemoniato; (potremmo dire oggi di un malato dell'animo o della psiche).

Possiamo qui vedere rappresentata quasi la tipologia di un ospedale o, comunque di un centro assistenziale. Ma al contrario di quanto succede in ospedale dove non tutti guariscono sempre del tutto o dove anche non guariscono o muoiono, qui Gesù guarisce tutti!

Guarisce tutti e per tutti ha una diversa destinazione, infatti:

al paralitico dice: prendi il tuo lettuccio e va a casa tua;

per ridare vita alla figlia del capo delle guardie, è Lui, Gesù, che si reca a casa del capo e prende per mano la fanciulla e la riconsegna a suo padre;

nel caso della donna emorragica è sufficiente che questa tocchi il mantello di Gesù che guarisce e continua la sua strada;

con i due ciechi Gesù tocca i loro occhi e raccomanda di non parlarne;

con l'indemoniato Gesù vuole rimanere solo a parlare e scaccia il demonio.

2. Gesù guarisce tutti, ma ha comportamenti personalizzati con ognuno. Fa in modo che la persona guarita non soffra disagi dopo la guarigione. Se lo crede opportuno chiede di rimanere solo col malato, in altri momenti guarisce in mezzo alla folla. Ma sempre le sue guarigioni si concludono senza disagi per il malato.

3. Leggendo e interpretando i gesti di Gesù nel tentativo, forse un po' forzoso ma non troppo, di adattarlo ai nostri tempi, cerco di vedere il momento finale dell'azione terapeutica di Gesù come la lettera di dimissione del medico dell'ospedale al medico di base (era molto meglio la dizione di "medico di famiglia").

4. Le lettere di "dimissione" di Gesù non sono mai lunghe, non sono mai confuse, non sono mai difficili. Eccone alcuni esempi:
 - Va e non peccare più
 - Vài e anche tu fa lo stesso
 - Alzati e cammina
 - Ciò che devi fare, fallo presto
 - Va, mostrati al sacerdote e presenta l'offerta prescritta da Mosè, e ciò serva come testimonianza per loro
 - Ordinò loro di darle da mangiare
 - E lo rimandò a casa dicendogli di non entrare nemmeno nel villaggio
 - Torna a casa tua e racconta quello che Dio ti ha fatto.

5. Come detto sopra a volte Gesù si apparta, vuole rimanere solo col malato. Non mi è difficile qui leggere i valori della Privacy, il colloquio personale col medico, con lo psicologo, o la necessaria segretezza di una confessione o di un colloquio con l'assistente religioso. Sembra proprio di poter dire che quel grande Taumaturgo che fu, ed è Gesù, abbia osservato, oltre tutte le norme di una buona pratica clinica, anche tutte le forme di rispetto per la persona malata che oggi sono tanto propugnate perché è venuto meno il buon senso comune e la buona educazione.

6. Da queste considerazioni iniziali non ci è difficile comprendere come Gesù ascoltasse le suppliche delle persone, il grido dei malati, le suppliche di chi a lui si rivolgeva. Ci ricordiamo ancora il grido del cieco nato: "Gesù, se tu vuoi puoi guarirmi" ma anche la supplica della sorella di Lazzaro: "Se tu fossi stato qui mio fratello non sarebbe morto". E le lacrime della vedova di Naim che richiamarono l'attenzione di Gesù e il miracolo della resurrezione dell'unico figlio di quella madre vedova.

2. "Ascolta il grido" e i nostri giorni.

Nei tempi moderni, o postmoderni come il nostro sono moltissime le grida di aiuto che si innalzano verso il cielo e verso gli uomini, non meno che al tempo di Gesù. Sono grida di malati, di anziani, di gente e persone spesso dimenticati, lasciati soli a combattere col male e la solitudine, persone che non trovano un Gesù che passa, che ascolta il loro grido e che le guarisce, o le ascolta o si prende cura di loro.

E' anche il grido di chi pensa di aver bisogno di essere ricoverato ma gli dicono che l'ospedale non fa per lui, è il grido di chi ha bisogno di un sostegno sociale ma gli dicono che non ci sono

sufficienti risorse, è il grido di chi possiede così poco che non può garantirsi neppure un letto in una casa di riposo, in una RSA, è il grido di chi avendo una sua dignità personale spiccata, non ha il coraggio di gridare, di farsi ascoltare e continua a vivere, o a morire, solo con se stesso.

E' il grido del familiare che è costretto a vivere una "giornata di 36 ore" con il suo congiunto colpito dal morbo di Alzheimer e non riesce ad avere un sostegno, del familiare che vive con il malato psicotico ma il servizio territoriale è così modesto e così carente da apparire inesistente per chi ne ha veramente bisogno, è il grido di chi "deve" essere dimesso dall'ospedale per acuti, perché il DRG è finito o perché la sollecitazione economica vuole così, ma lui, il povero "cristo" che non ha santi in cielo e sulla terra, che non sa dove andare, che ha quattro piani di scale da fare a piedi, che non ha chi si prenda cura di lui, comunque deve andare...

Questa nostra società fatta a misura di reddito, non ha orecchi per sentire i poveri, per ascoltare gli ultimi della terra, per prendere per mano chi non ha reddito o chi reddito non produce.

E' una società sorda ai bisogni, una società destinata all'autodistruzione perché quando i valori della solidarietà si affievoliscono o spariscono, gradualmente la società si scompagina, perde i punti di riferimento, si piega su se stessa e su se stessa rimane esanime.

Si diceva un tempo che una società era tanto più civile quanto attenzione aveva verso i vecchi e le classi deboli. Ora possiamo dire che la civiltà attuale è una civiltà in declino perché per le categorie più disagiate non c'è più spazio politico, spazio sociale, spazio culturale, in una parola non vi sono più spazi di umanità.

E non importa se le grida si alzano sempre più alte: ci sono troppe cose da fare che non pensare e chinarsi su chi davvero ha bisogno e reclama semplicemente e solo i diritti della povertà, della malattia o della morte.

3. Il Malato: uomo o pacco postale?

La provocazione che si cela sotto la parentesi del titolo del nostro incontro è grande e neppure tanto nascosta. D'altra parte in un contesto sociale come quello di cui abbiamo parlato, la possibilità di diventare un giorno, in una circostanza particolare o già oggi, dei "pacchi postali", non è né remota né impossibile! Anzi io credo che sia in atto senza che noi ce ne accorgiamo se non addirittura col nostro consenso inconsapevole.

Non voglio entrare in ciò che può essere una corretta politica della salute o in quella che può essere anche una giusta e responsabile attenzione all'economia ma vi sono certamente alcuni evidenti e distorti comportamenti che è necessario modificare per un dovere di giustizia sociale se non vogliamo entrare nel discorso di una umanità più giusta e di un'etica nei comportamenti che tenga conto appunto delle categorie più deboli in particolare ma di ogni singola persona in qualunque caso.

Ho sempre visto con difficoltà, e parlo di scuole così mi estraneo per un momento dal problema socio-sanitario, i grandi complessi scolastici. E mi domando: non sono anche dei pacchi postali, degli autobus postali, tutti quegli studenti che ogni mattino partono da venti, trenta chilometri di distanza per raggiungere la loro scuola in una città già ricolma di istituti scolastici e di università? Non abbiamo mai pensato che impoverendo il territorio dei complessi scolastici più importanti abbiamo arricchito di tanta povertà culturale molti centri e molte popolazioni che non sono state private tanto di una comodità di frequentazione ma soprattutto di una spinta alla cultura perché ovunque ci sia una scuola vi è anche uno stimolo maggiore a conoscere, a sapere, a condividere e a confrontarsi?

Chi può sostenere che grandi plessi scolastici siano più educativi e più formativi? Non è, forse, più vero il contrario?

Ecco allora che anche nella scuola la prevalenza economica sulla prevalenza culturale complessiva ed educativa diventa determinante e tutte le altre valenze positive diventano suddite

dell'unico riferimento dei nostri tempi: l'economia che non sa guardare oltre i propri ristretti confini mentali.

Ma se ciò vale per la scuola in genere, possiamo fare un esempio ancora più forte: perché lo spopolamento della montagna? Portati via gli ospedali, trasferite le scuole, disincentivata qualsiasi altra attività economica abbiamo contribuito a fare in modo che la gente, i giovani soprattutto, siano stati costretti a fare i pacchi e ad andarsene, ma la conclusione ancora una volta è che queste persone, come tanti bauli caricati sui bastimenti del tempo, sono stati depositati ai piedi delle città, disincarnati dalla loro storia, impoveriti della loro cultura, spesso inariditi e spaesati di fronte a mondi per loro fino a poco prima sconosciuti.

Ma se tutto questo è avvenuto, e continuamente accade, poniamoci ora di fronte alla situazione delle persone ammalate, handicappate, sole, alle famiglie in difficoltà, alle persone straniere che vivono e lavorano da noi alle prese con la malattia o con gravi problemi abitativi.

Prima di tutto dobbiamo riconoscere che, almeno per il momento, nel nostro Paese sono garantite le cure ospedaliere per tutte le persone anche per extracomunitari e che valgono per esse anche le norme come ad esempio, quelle sulla maternità. Va detto che questo è un aspetto molto importante e da quanto mi risulti da questo punto di visto siamo tra i Paesi, o il Paese, più disponibile.

Ma se per il ricovero ospedaliero possiamo dire di essere a posto, i problemi iniziano subito dopo e, come detto, non riguardano le persone che possono scegliersi la struttura, i medici, il ricovero a pagamento per cui possono permettersi, se lo vogliono, o un ricovero più prolungato, o una convalescenza molto protetta, con una assistenza senza problemi.

Ma per le categorie più disagiate subito dopo il ricovero c'è il rischio che iniziano le confezioni dei "pacchi" da spedire.

Detto che non è giusto che l'ospedale prolunghi un ricovero senza reale necessità, è necessario però capire cosa avviene del malato curato della malattia ma non ancora guarito soprattutto se questo non ha un supporto familiare adeguato o risorse economiche sufficienti.

Mi permetto di fare alcuni esempi.

Primo esempio.

Una donna extracomunitaria, senza fissa dimora, viene in ospedale a partorire e dopo poche ore, ormai, deve lasciare l'ospedale. Di chi è?, Dove va? Che garanzie ha il bambino di riuscire a sopravvivere?

Secondo esempio.

Una persona è malata del morbo di Alzheimer. L'ospedale ha terminato tutto ciò che gli era richiesto. La famiglia è modesta, i figli lavorano lontano. La casa è inadeguata per proteggere un ammalato che può allontanarsi e non ritrovarsi più. Non ci sono le risorse per poter avere l'assistenza di una badante. Ma la malata deve uscire dall'ospedale: cosa avviene?

Terzo esempio.

Uno psicotico lascia il Reparto psichiatrico di diagnosi e cura e lo psichiatra assicura che può tornare a casa. Ma a casa c'è solo la vecchia mamma che a fatica può badare a se stessa. Il territorio non offre alternative perché è privo di servizi intermedi o sono super affollati. Cosa fare allora? Come comportarsi?

Io non so cosa succede da voi, ma io nella gran parte dei casi ho visto l'Assistente Sociale essere continuamente sollecitata a trovare un posto, un posto "qualsiasi" purché il malato lasci l'ospedale.

E allora la libertà di scelta, una scelta oculata in rapporto alle esigenze di chi lo dovrà pure seguire, la facilità di comunicazione con la famiglia, ecc., tutto questo passa in secondo piano e in un attimo l'attenzione alla persona, i diritti del malato e del cittadino, le necessità del contorno familiare, di fatto

in un attimo tutte queste esigenze diventano un optional facilmente superato senza neppure tante preoccupazioni, perché non rimane altro che “prendere o lasciare”.

E ciò dopo che si sono fatte tutte le più ampie valutazioni e considerazioni di ordine etico, dopo che gli ospedali fanno lunghi progetti e programmi di umanizzazione, dopo che vengono proclamati decaloghi sui diritti dei cittadini, dopo che i nuovi ministeri delle ASL e delle Aziende Ospedaliere hanno scritto e dettato regole e disposizioni che rimarranno per decenni inapplicati.

“Uomo pacco postale” in altre dimensioni

Troppo semplice e troppo facile interpretare l’incontro di oggi solo alla luce delle dimissioni rapide o affrettate o anche solo presunte tali.

Ma la persona malata, l’uomo, la donna, in ospedale o in altre istituzioni sono facilmente trattabili come “pacchi postali” ma spesso solo per “necessità”, o ancora per abitudine.

L’organizzazione delle grandi comunità di uomini non è mai abbastanza rispettosa della persona ma agisce per garantire la “disciplina” della caserma, dell’ospedale, della scuola, realtà in cui il soldato, il malato e lo studente vengono molto dopo.

E’ il sistema che prevale sulle persone, come nelle fabbriche è spesso la macchina che conta più delle persone.

I più vecchi di noi ricorderanno che tra il benemerito corpo degli Alpini, il mulo aveva un trattamento di riguardo rispetto allo stesso militare.

Da questo punto di vista l’ospedale è una trappola che rischia di attanagliare l’umanità. Come avvengono i trasferimenti dei malati all’interno di una struttura? Molte volte sono improvvisati, spesso negli orari più assurdi (ora di pranzo, visita dei familiari ecc.) con successivi abbandoni di ore nelle attese delle radiologie o di altri servizi, a volte anche dimenticati perché è cambiato il turno di lavoro. Qui mi sembra di rivedere molti pacchi in movimento e alcuni si perdono per strada come succede non di rado ai mezzi che trasportano i colli degli aeroporti alcuni dei quali finiscono sulle strade di collegamento alle piste.

Sino a quando l’organizzazione non sarà a servizio delle persone ma del sistema, noi ci troveremo sempre di fronte ad un interminabile andirivieni di pacchi postali.

La stessa prevalenza dell’economia su ogni altro valore fa sì che questo processo anziché limitarsi si allarghi sempre di più perché quasi sempre l’economia per emergere è costretta a schiacciare tutto e tutti ai fini commerciali e di resa economica.

Ecco perché negli ospedali ma non solo possono ritenersi pacchi postali anche quei dirigenti ad alto livello che oggi sono posti a gestire una azienda ospedaliera o sanitaria e domani vengono spostati o destituiti in nome non di una buona sanità raggiunta con quel che ne consegue, ma soprattutto per una non raggiunta parità economica che, forse, avrebbe dovuto creare disagio o mancata cura e assistenza alla persona.

D’altra parte il sistema vuole che costoro, a loro volta, agiscano allo stesso modo con i loro subalterni che per le stesse ragioni possono essere rimossi, appunto come pacchi postali, e inviati in altre direzione secondo dove spinge il vento della politica o, ancora peggio, le linee corruttive del momento.

Fra Marco Fabello

Famiglia: luogo dove esplode la sofferenza, supporto alla famiglia e all'operatore sanitario

dott.ssa Patrizia Di Fabrizio

La famiglia non può essere definita come concetto statico, piuttosto come concetto in evoluzione che comprende tre differenti realtà:

1. **struttura familiare: gruppo di persone che vivono insieme nella stessa abitazione. Le regole con le quali si forma il gruppo e lo sviluppo del nucleo familiare ne sono le matrici evolutive.**
2. **relazioni familiari: rapporti esistenti (affetto, autorità) e modalità di gestione delle emozioni e delle politiche gestionali.**
3. **rapporto parentale: legami esistenti fra i co-residenti, tra cui vi sia un rapporto di parentela (aiuto, sostegno, frequenza degli incontri...)**

queste tre definizioni mostrano in modo chiaro come il rapporto esistente tra i componenti del nucleo familiare sia un rapporto di auto-mutuo-aiuto, sia a livello economico che a livello emotivo ed affettivo. La famiglia è essenzialmente composta da adulti, due dei quali vivono sotto lo stesso tetto ed hanno relazioni socialmente accettate; comprende anche i figli naturali ed adottati; questa forma viene definita famiglia nucleare e si contrappone alla famiglia estesa, composta da familiari che convivono, e dalla famiglia multipla, che comprende più nuclei familiari. Oggi parliamo anche di famiglia "senza struttura", in cui non vi sono vincoli matrimoniali e di solitari, cioè persone che non fanno coppia e vivono da soli. La famiglia ha un ciclo vitale che va dalla formazione della coppia, alla nascita dei figli, alla crescita ed allontanamento degli stessi. Questi fenomeni contribuiscono alla formazione di un sistema omeostatico, tendente al raggiungimento di un equilibrio, a volte però questi possono essere fittizi a causa della scarsa maturità dei singoli membri.

La persona matura sa portare avanti scelte responsabili, e prende decisioni nel rispetto della propria persona e di quella degli altri, riesce a comunicare in modo corretto le proprie idee ed accetta gli altri per come sono e non per come dovrebbero essere. Il concetto di maturità comporta anche la giusta valutazione della differenza o diversità che non diventa elemento di discriminazione, ma momento di crescita nel confronto, porta alla tolleranza delle frustrazioni senza eccessive chiusure. La persona immatura invece ha una scarsa autostima, incapacità relazionale e paura della diversità, non è congruo nelle interazioni con gli altri. L'immaturità vive nel passato e non riesce ad immaginare un futuro accettabile. Un nucleo familiare che comprende persone immature non riesce a porsi di fronte alle difficoltà in modo equilibrato e non riesce a gestire gli imprevisti.

La malattia mette in evidenza una forma di immaturità, perché coglie impreparati; intacca sempre la persona, sia dal punto di vista fisico che psichico creando problematiche anche alla famiglia o al sociale in cui è inserito. L'uomo malato deve essere considerato con il suo contesto psicosociale poiché la malattia rappresenta uno scompiglio nel gruppo famiglia e può essere superato se la famiglia riesce ad utilizzare al meglio le proprie risorse materiali e psicologiche, sebbene le difficoltà ed i momenti di crisi facciano comunque parte delle normali reazioni. Nelle famiglie disfunzionali, invece, il comportamento immaturo diventa dannoso sia per il malato che per i componenti della famiglia, quest'ultima rischia di disgregarsi, poiché la malattia mette a nudo, tutti i problemi preesistenti (disfunzionale = alterazione delle normali funzioni delle singole persone del nucleo familiare).

Se pensiamo alla relazione familiare (punto 2) è evidente che l'elemento che la caratterizza è il tipo di relazione esistente fra tutti componenti, ed è la stessa relazione che consente ai vari componenti del gruppo di ampliare le proprie conoscenze e di sviluppare la propria personalità.

La personalità è un sistema o una struttura stabile di elementi intrapsichici, come modalità percettive e cognitive, disposizioni del bisogno, attaccamenti affettivi, pulsioni motivazionali, atteggiamenti che si sviluppano nell'individuo attraverso l'interazione fra la dotazione biologica del soggetto (genotipo e fenotipo) le particolari esperienze biografiche (sistemi sociali) e la cultura cui il soggetto è esposto.

Quando parliamo di relazione, facciamo riferimento ad un rapporto che va oltre la semplice comunicazione; non trasmettiamo solo dati ed informazioni, ma sentimenti ed emozioni; sono questi ultimi che consentono la comprensione e l'empatia, concetto abusato ma mai profondamente vissuto, sia per paura di un eccessivo coinvolgimento, sia per una forma di disimpegno che al tempo stesso de-responsabilizza. Il concetto di famiglia richiama costantemente ad un rapporto che faccia da collante fra i membri della famiglia, indipendentemente dalla numerosità del nucleo familiare. Infatti non possiamo affermare che la famiglia patriarcale sia stata più funzionale dal punto di vista affettivo/relazionale, rispetto alla famiglia nucleare. Anzi l'elemento principale di tali strutture era la terra ed il legame con essa, una delle poche certezze economiche possedute e l'unico modo per mantenere tale legame era quello di rimanere in famiglia.

Un grande scrittore del XIX secolo, come Giovanni Verga, nel suo romanzo "I Malavoglia", condanna il tentativo di abbandonare la famiglia patriarcale perché fonte di sventure, cioè disgregazione del nucleo lavorativo. La famiglia "moderna" è nata grazie ad alcune trasformazioni sia nelle relazioni di autorità che di affetto. Essa si è liberata dal controllo della comunità e della parentela; da un sistema di matrimonio combinato dai genitori, mossi da interessi economici e sociali, ad uno fondato sulla libera scelta dei coniugi. E' cambiato anche il rapporto tra i coniugi; la tradizionale asimmetria di potere fra marito e moglie si è attenuata così come è cambiato il rapporto genitore-figlio, questi ultimi sono i destinatari privilegiati delle cure e dell'affetto genitoriale.

I cambiamenti avvenuti nella struttura familiare, mettono in evidenza i rapporti sentimentali ed affettivi che sono alla base della nuova famiglia, da rapporti fondati sulla obbligatorietà a rapporti basati sulla volontarietà e sull'impegno. Ciò fa supporre che di fronte alle difficoltà si verifichi una maggiore coesione fra i membri e, di conseguenza, una maggiore sofferenza, quando gli eventi sono di dolore e di malattia.

LA FAMIGLIA IN QUANTO SISTEMA

Parlando di sistema, possiamo rifarci alla definizione di Hall e Fargen: "un insieme di oggetti e relazioni tra gli oggetti e tra i loro attributi", per cui gli "oggetti" sono i componenti del sistema o parti dello stesso, gli attributi sono le proprietà degli oggetti (che possono essere intese come persone), le relazioni sono le attività che reggono insieme il sistema. La famiglia può essere considerata come sistema e diventa stabile quando "le variabili al proprio interno rimangono entro limiti definiti".

La famiglia allora è definita dalle relazioni che intercorrono al proprio interno e queste relazioni contribuiscono a definire il concetto di omeostasi familiare.

In effetti si è osservato che le famiglie dei pazienti psichiatrici manifestano delle ripercussioni, come depressione, attacchi psicosomatici, quando le condizioni del paziente migliorano. In base a queste osservazioni possiamo ipotizzare che la malattia del paziente ha una funzione omeostatica, che riporta equilibrio nel disturbo familiare.

Il comportamento della singola persona all'interno della famiglia è in stretta relazione con il comportamento degli altri componenti della stessa. Poiché ogni comportamento è anche comunicazione, riesce ad influenzare l'altro ed al tempo stesso ne è influenzato. Possiamo affermare allora che quando un elemento della famiglia identificato come paziente, ha un miglioramento o un

peggioramento, questi elementi avranno una influenza sul comportamento degli altri membri della famiglia a seconda delle condizioni psicologiche, sociali e fisiche.

I sintomi del paziente hanno il compito di proteggere i membri della famiglia dalla disgregazione, si rimane uniti per combattere la malattia e per proteggere il malato, in realtà i singoli membri sono infelici ed i rapporti sono freddi ed insoddisfatti. Vi sono tuttavia alcune famiglie che riescono ad incassare i colpi derivanti dalle grandi disgrazie e anche a trasformarli in elementi che le rendono maggiormente uniti, altri invece sembrano incapaci di superare le crisi anche minime.

L'INDIVIDUO E LA MALATTIA

È un concetto assodato che normalità non equivale ad assenza di malattia. Sono le reazioni personali alla malattia che diventano importanti per l'atteggiamento psicologico dell'individuo ed il decorso della stessa, sia il malato che i suoi familiari sono spesso in preda all'ansia perché la malattia si configura come minaccia che pone delle pesanti ipoteche sul futuro. Spesso non si è capaci di gestire l'ansia e si rischia di venirne coinvolti; è rischioso tentare di tacitare l'ansia o fare finta che non esista, bisogna invece dare la possibilità di verbalizzare sia l'ansia che la sofferenza, ciò facilita la consapevolezza e l'elaborazione di modalità difensive ed adattive.

Oltre che una minaccia, la malattia è una frustrazione, cioè un ostacolo che impedisce il raggiungimento di obiettivi prefissati. Può contribuire a mobilitare l'aggressività oppure favorisce la ricerca del capro espiatorio, che può essere impersonato da un familiare, un operatore sanitario, e comunque una persona più debole. La paura di essere abbandonati a se stessi è il fantasma che frequentemente si agita nella mente degli ammalati, fantasmi che devono essere debellati ed annientati, soprattutto per permettere di formulare risposte più efficaci ed una migliore collaborazione.

L'AIUTO DEGLI ALTRI

Siamo gelosi della nostra intimità e non accettiamo aiuto nelle attività di vita quotidiane; ognuno di noi desidera mantenere la propria autosufficienza il più a lungo possibile per evitare la nascita di sentimenti di impotenza e di umiliazione che provocano rabbia, aggressività, dolore e tristezza.

Vi sono persone che trascurano i propri bisogni per non diventare un peso e si sentono in colpa perché la loro infermità sottrae energie ed opportunità ai familiari, richiedendo sacrifici e dedizione.

Per evitare questi spiacevoli risvolti, sia la persona malata che chi si prende cura di lei, devono formare un gruppo, una "famiglia allargata" che si amplia progressivamente, tale da attuare la diluizione degli impegni e responsabilità eccessive.

È importante sottolineare le responsabilità delle varie figure coinvolte:

- il paziente decide per sé che strada intraprendere
- i sanitari dovrebbero illustrare tutte le possibilità e dare risposte il più possibili sincere
- la famiglia rispetta le decisioni del congiunto circa la propria salute, dimostrando fiducia nelle sue capacità e volontà di comprendere le ragioni delle sue scelte.

La reazione della famiglia alla malattia costituisce una delle variabili importanti con cui si confrontano non solo i pazienti ma anche gli operatori. Infatti la malattia è una minaccia per tutta la famiglia, sia emotivamente che economicamente e socialmente. La malattia costituisce un elemento critico che mette in discussione l'equilibrio raggiunto, consentendo il riaffiorare anche di antichi fantasmi: l'effetto devastante della malattia sulla famiglia è ancora più evidente nelle patologie

croniche e l'unico punto da raggiungere in breve tempo diventa quello della riorganizzazione familiare in senso positivo, a tutto vantaggio del malato.

MODALITA' DI REAZIONE PAZIENTE/FAMIGLIA

1. **Aggressività e rifiuto:** il peso è insopportabile, il malato viene allontanato: molti ricoveri immotivati o le prolungate ospedalizzazioni poggiano sul rifiuto del malato: ogni caso è a sé, per cui è necessario indagare per facilitare la riorganizzazione del nucleo familiare e l'accettazione del malato.
2. **Reazioni regressive di chiusura:** la famiglia si chiude alle relazioni esterne; questa reazione apparentemente positiva si trova spesso nelle famiglie molto unite ed espone al rischio di non poterne venire più fuori, soprattutto dopo le prime fasi della malattia. Diventa difficile affrontare emozioni ed angosce dei singoli membri.
3. **Reazioni regressive di dipendenza:** la malattia, anche la più banale, comporta sempre una temporanea perdita di autonomia. È facile scivolare nell'iperprotezionismo; quest'ultimo non è che il mascheramento del rifiuto, a cui il malato risponde con aggressività e conflittualità.
4. **Reazioni costruttive:** la famiglia è in grado di calibrare il proprio intervento ed il proprio aiuto senza costringere il malato alla dipendenza e senza chiedere prestazioni che vadano oltre le proprie possibilità.

IL RUOLO DELLA FAMIGLIA

Quando una persona della famiglia si ammala, tutti i componenti ne risentono, si alterano sia le abitudini che gli equilibri. Oggi la tendenza predominante è quella di mantenere il più possibile il malato in famiglia, questa è sia una necessità del paziente, sia un obbligo per gli ospedali.

Assistere ogni giorno una persona malata richiede impegno e sacrificio, nonché un cambiamento nello stile di vita; questi elementi si ripercuotono negativamente sullo stato di salute della famiglia, aumentando il livello di stress.

Il caregiving può coprire anche le 20 ore provocando un isolamento della persona dal mondo esterno; in tutto questo hanno una importante influenza i fattori legati alla personalità ed ai valori etici che caratterizzano la persona, ma anche la giovane età e le difficoltà di tipo economico.

Possiamo affermare che il carico soggettivo e la salute mentale del caregiver da una parte, e le condizioni fisiche e psichiche del malato dall'altro, sono interdipendenti e troppo spesso la sofferenza psicologica è molto più marcata tra i familiari che non tra i malati. La sensazione di impotenza, la incapacità ad essere di aiuto rispetto all'esperienza del dolore, rappresentano gli aspetti più gravosi. Il peso della cura dipende da numerosi fattori, alcuni legati alla malattia, altri alla figura del caregiver.

Tra i fattori legati alla malattia hanno un riscontro negativo la durata della malattia, i compiti assegnati al familiare, sia di supplenza che di sostituzione, le difficoltà effettive (dolore fisico) e le menomazioni fisiche.

Tra i fattori legati al caregiver ricordiamo che il sesso femminile è maggiormente portato per la relazione di aiuto e più coinvolto emotivamente, ma proprio per questo maggiormente soggetto a crisi ansioso-depressive. Un aiuto qualificato, come il supporto sociale o il sistema assistenziale, possono alleviare il peso soggettivo della cura. I bisogni che la famiglia esprime sono fundamentalmente di natura psicologica, informativa e supporto pratico. Possiamo affermare che sono tre i tipi di intervento che hanno dimostrato una fondamentale importanza per il caregiver:

1. programma di assistenza domiciliare
2. interventi degli operatori di tipo formativo/informativo
3. strategie di counseling e psicoterapeutiche

ASSISTENZA DOMICILIARE

Diventa fondamentale la “presa in carico” dei problemi degli assistiti poiché l’assistenza domiciliare è una delle poche strategie per il cambiamento della sanità.

La forza metodologica poggia non solo su ragioni di tipo economico ma anche su una qualificazione professionale. Il concetto di presa in carico sposta l’attenzione dalla prestazione alla definizione del processo assistenziale. Per le professioni sanitarie, ma anche per gli assistiti, significa il miglioramento della relazione, ma anche la verifica dell’andamento dell’assistenza e della cura.

La persona viene considerata nel suo ambiente di vita, in cui vive relazioni per lui significative; è evidente che l’attenzione assistenziale non è rivolta solo al singolo, ma al suo nucleo familiare, cioè parenti ed amici. Parliamo di integrazione dell’assistenza domiciliare quando esiste una integrazione fra i singoli professionisti e si riesce agevolmente ad individuare il responsabile del caso, che garantisce il coordinamento dell’intervento complessivo.

A seconda del grado di intensità assistenziale, ci sarà un responsabile:

- ADI a bassa intensità – assistente sociale
- ADI a media intensità – infermiere
- ADI ad alta complessità – responsabile terapeutico.

Tutto questo comporta l’utilizzo del case management come metodo di lavoro e non come funzione da attribuire.

Qualunque sia il ruolo che gli operatori assumono e le differenziazioni, offrire assistenza a domicilio è sempre un compito difficile, sia per le implicazioni emotive che per quelle relazionali. La famiglia spesso scarica l’emotività sugli operatori, che si trovano soli a fronteggiare situazioni pesanti non solo di malattia, ma anche di vissuti. L’assistenza a domicilio deve essere garantita da un gruppo di operatori esperti e preparati per la gestione dei casi clinici e dei conflitti interpersonali:

“le cure domiciliari rappresentano un continuum assistenziale a carattere sanitario fornito dal medico di famiglia e dagli operatori del distretto e/o dell’ospedale, presso il domicilio del paziente in modo continuo e integrato al fine di fornire assistenza personalizzata e cure appropriate”.

L’operatore responsabile del caso deve considerare almeno tre elementi:

1. il setting – abitazione, persone e famiglia, ritmi abituali della famiglia, spazi e organizzazione familiare
2. il contratto – clima terapeutico, coinvolgimento ed autonomia delle persone e familiari
3. il mandato – mantenere l’attenzione sulle persone e non sulla malattia.

Resta comunque un assunto di base: chiunque si occupi di assistenza sul territorio deve fare affidamento su una necessaria integrazione con l’ospedale, ed avere una visione che mira a ricercare non il “come” ma il “perché”.

Le capacità che devono rappresentare la guida sono fondamentalmente quattro:

1. saper coinvolgere – fiducia, vision, interazione
2. saper comunicare – obiettivi, sostegno organizzativo, ricerca di problemi (problem finding)

3. sapere creare fiducia – responsabilità, costanza, credibilità
4. sapere amministrare se stessi per guidare gli altri

INTERVENTO FORMATIVO/INFORMATIVO

L'obiettivo dell'intervento sanitario non è solo quello di migliorare lo stato di salute della persona malata, ma anche e soprattutto quello di **umanizzare** l'attività sanitaria.

Umanizzare vuol dire “creare” un percorso per cui gli individui siano considerati e trattati come persone, rispettando le loro caratteristiche personali, corporee, psicologico-emozionali, sociali, spirituali. Umanizzare acquista significato non solo per i malati, ma anche e soprattutto per i familiari e per gli operatori, diventa una strategia di lavoro che porta a considerare il paziente/persona, a stabilire un rapporto egualitario, a fornire informazioni che contribuiscono a migliorare la comprensione e l'adesione al programma terapeutico assistenziale.

Ogni operatore della salute deve essere preparato ad aprirsi alla relazione con l'altro, con responsabilità e nel rispetto della legalità e dei diritti umani. La maturazione personale e professionale, l'autenticità che guida la propria vita, la presenza di relazioni interpersonali significative può aiutare il processo di liberalizzazione delle persone. La libertà da... ci fornisce occhi per guardare oltre i limiti umani e ci mette nelle condizioni di vedere la finitezza dell'uomo. Le relazioni interpersonali sono agevolate quando diventano capaci di agire con trasparenza ed autenticità, cioè quando abbiamo imparato a relazionare in modo responsabile con noi stessi, abbiamo cioè acquisito capacità di essere:

- guida autorevole: organizzare interventi per mettere le persone nelle condizioni di raggiungere l'autonomia, di guidarle verso la ricerca di soluzioni di salute e relazionali
- guida amorevole: rispetto, comprensione ed incoraggiamento, motivazione e rimotivazione
- guida autentica: interazione fra persone “vere”, si arginano e correggono le difficoltà comunicative, si comprendono in modo empatico le emozioni degli altri.

IL CREDO PER LE RELAZIONI

Tratto da: T. Gordon (2005) *Relazioni efficaci*, la Meridiana, Bari

Tu ed io abbiamo un rapporto cui tengo e desidero preservare. Ma ognuno di noi è una persona a sé stante che ha i propri bisogni particolari e il diritto di soddisfarli. Quando sarai tu a trovarti in difficoltà, presterò ascolto con sincera accettazione per aiutarti ad escogitare le tue soluzioni. Rispetterò inoltre il tuo diritto ad avere le tue convinzioni e a perseguire i tuoi valori, per quanto possano essere diversi dai miei.

Tuttavia, se il tuo comportamento interferirà con il soddisfacimento dei miei bisogni, ti riferirò apertamente ed onestamente in cosa mi condiziona, confidando che il rispetto per i miei bisogni e sentimenti, ti spinga a cercare di cambiare quel comportamento che per me è inaccettabile. Inoltre, se un mio comportamento sarà inaccettabile per te, desidero che tu me lo dica apertamente e onestamente, in modo che io possa provare a cambiarlo.

Quando saremo in conflitto, ci impegneremo a risolvere ciascun conflitto senza che nessuno di noi due tenti di vincere a spese dell'altro. Io rispetto il tuo diritto a soddisfare i tuoi bisogni, ma devo anche rispettare il mio medesimo diritto. Sforziamoci perciò di cercare sempre soluzioni accettabili per entrambi. I tuoi bisogni saranno soddisfatti quanto i miei. Nessuno perderà. Entrambi vinceremo. La nostra potrà dunque essere una relazione sana in cui potremo entrambi adoperarci per realizzare

le nostre potenzialità. Potremo così continuare a rapportarci animati da reciproco rispetto, amore e pace.

IL COUNSELING

Riguarda una molteplicità di interventi, svolti nell'intento di fornire una occasione ai soggetti che si confrontano con situazioni conflittuali e problemi vari, per comprendere la propria situazione per le scelte ed i cambiamenti, connesse alle diverse fasi della vita (Valerio, 1993).

Il counseling consente di indagare la natura delle proprie difficoltà ed offre, nella relazione, la possibilità di parlare dei propri problemi, di esprimere i sentimenti e preoccupazioni e, soprattutto le modalità che possono apportare modifiche.

La relazione di counseling richiede:

- setting
- durata e regolarità negli incontri
- riservatezza e disponibilità del counselor
- rispetto delle risorse personali

L'intervento di counseling ha degli obiettivi specifici, quindi un numero limitato di incontri ed ha finalità non terapeutiche ma chiarificatrici.

La metodica prende origine da una intuizione di Rogers, secondo cui, se una persona è in difficoltà, il migliore modo per aiutarla non è quello di dirle cosa fare, quanto quello di aiutarla a comprendere la situazione e fare scelte responsabili, mettendo in luce i fattori dell'autodeterminazione e dell'autocontrollo.

LE REAZIONI PSICOLOGICHE DEGLI OPERATORI SANITARI

Va aumentando l'interesse sulla qualità di vita dei pazienti con patologie croniche e dei loro curanti, professionisti ad alto rischio di stress.

La moderna medicina ha reso possibile la guarigione di numerose malattie, sviluppando però un alto grado di cronicità, tendendo al tempo stesso a diminuire il dolore fisico e il disagio sociale. Questo allargamento di vedute richiede non solo un campo di conoscenze più ampio, ma anche maggiori aspettative in merito al know-how degli operatori.

Ci si aspetta che gli operatori sappiano rispondere ad una grande quantità di bisogni che vanno dalla prevenzione alla cura, dalle tecniche rianimatorie a quelle riabilitative, dalle tecniche di counselling a quelle di sostegno psicologico; tutto questo a fianco di una realtà professionale che mira a specializzarsi su "pezzi sempre più piccoli". Il forte carattere emozionale che caratterizza il lavoro degli operatori, fa sì che essi diventino facilmente soggetti al burn-out.

- In ambito sanitario, soprattutto quando si lavora con patologie croniche, viene coinvolta tutta la personalità dell'operatore, sia per quanto riguarda l'aspetto professionale, sia per quanto riguarda gli aspetti emozionali ed affettivi. Il rapporto di fiducia che si instaura tra paziente ed operatore, risulta essere significativo sia per il benessere psicofisico degli ammalati che per gli stessi operatori. Tra le principali difficoltà professionali che sono più difficili da affrontare in merito alla comunicazione con pazienti e loro familiari, possiamo ricordare: il rifiuto della cura da parte del paziente
- La paura del dolore fisico
- I comportamenti aggressivi verso il personale meno esperto
- La comunicazione di recidive/progressioni di malattia

Lavorare con patologie croniche induce gli operatori a sviluppare strategie di difesa, che mirano a limitare la sofferenza e a stabilire un rapporto di minore sofferenza e coinvolgimento personale.

D'altra parte anche i pazienti tendono a stabilire un "legame d'uso" degli operatori, è importante creare uno spazio di supervisione per cercare di analizzare i sentimenti e le emozioni che non sempre si riesce a tenere a bada. Sotto l'aspetto psicologico possiamo parlare dello sviluppo di un malessere interiore, con risposte che vanno dalla freddezza emotiva al cinismo, chiamato tecnicamente burn-out o sindrome dell'operatore bruciato, spesso accompagnato da sensi di colpa. Pensiamo che solo attraverso il recupero della motivazione sia possibile trovare un equilibrio interiore che permette di affrontare con serenità compiti anche difficoltosi e spesso poco gratificanti ed emotivamente pesanti.

TESTIMONIANZA

“Nella nostra cultura, basata sulla vita, sul benessere e spesso sul consumismo, l’idea della morte è rappresentata dalla fine di tutto, dal distacco e dall’oblio.

Solo nei momenti profondi o quando veniamo a contatto diretto con la sofferenza, pensiamo che anche la nostra persona o la nostra famiglia, sono destinate alla fine. La nostra morte personale è solo un dubbio...

...La sensazione di concretezza della morte è accentuata dal fatto che individui che vedo morire non sono solo pazienti, ma persone con le quali ho vissuto per ore, giorni, anni della mia vita, con le quali ho condiviso alcune esperienze, talvolta un po’ di affetto, spesso con divergenze di opinioni, sempre con un rapporto da uomo a uomo...

...Talvolta mi accorgo di quanto sia profonda la ferita della perdita di un paziente cronico; altre volte, quando la morte riguarda il paziente acuto, mi scopro a spiare con curiosità il suo viso durante l’agonia, cerco di scoprire la dimensione della sofferenza, l’intensità del dolore, la presenza o meno di coscienza, se c’è la consapevolezza della fine.

Credo che in quel momento sia molto forte il mio desiderio di scorgere sul viso serenità e accettazione; mi illudo che il trapasso non sia così spaventoso o traumatizzante, cerco di rassicurarmi sperando che non debba soffrire troppo. Quando tutto finisce ed il paziente muore, vivo quel momento come una liberazione, mia e sua.

E allora parlo, rido, cerco la vicinanza dei colleghi e attingo vitalità da loro per poter ristabilire il mio equilibrio.”

dott.ssa Patrizia Di Fabrizio

TEST APPRENDIMENTO

1. Che cosa si intende per “umanizzare la sanità”?

- Migliorare la competenza professionale degli Operatori di Salute
- Trattare con gentilezza i parenti dei malati
- Evitare i conflitti nell'equipe professionale
- Rendere i rapporti interpersonali più rispettosi della dignità e della sensibilità delle persone, malati e professionisti

2. Che cosa si dovrebbe intendere per empatia?

- Comprensione delle dinamiche psicologiche e spirituali del paziente
- Risolvere i problemi del malato
- Sapersi relazionare con correttezza
- Provare profonda emozione di fronte alla sofferenza altrui

3. Per “etica dei valori” in ambito professionale si intende:

- avere dei valori morali
- mantenere e promuovere una cultura di valori morali
- impostare la professione sanitaria su alcuni valori morali fondamentali
- agire seguendo i valori dell'ambiente in cui ci si trova

4. Attenzione ai bisogni spirituali del malato significa:

- richiedere la presenza dell'esperto religioso o del ministro di culto
- dedicare spazi riservati all'esercizio della pratica religiosa
- cogliere le esigenze spirituali-religiose del malato e favorirne la risposta in modo adeguato e sincero
- fare delle riunioni con i volontari pastorali

CORREZIONE TEST APPRENDIMENTO

5. Che cosa si intende per “umanizzare la sanità”?

- Migliorare la competenza professionale degli Operatori di Salute
- Trattare con gentilezza i parenti dei malati
- Evitare i conflitti nell'equipe professionale
- Rendere i rapporti interpersonali più rispettosi della dignità e della sensibilità delle persone, malati e professionisti*

6. Che cosa si dovrebbe intendere per empatia?

- Comprensione delle dinamiche psicologiche e spirituali del paziente*
- Risolvere i problemi del malato
- Sapersi relazionare con correttezza
- Provare profonda emozione di fronte alla sofferenza altrui

7. Per “etica dei valori” in ambito professionale si intende:

- avere dei valori morali
- mantenere e promuovere una cultura di valori morali
- impostare la professione sanitaria su alcuni valori morali fondamentali*
- agire seguendo i valori dell'ambiente in cui ci si trova

8. Attenzione ai bisogni spirituali del malato significa:

- richiedere la presenza dell'esperto religioso o del ministro di culto
- dedicare spazi riservati all'esercizio della pratica religiosa
- cogliere le esigenze spirituali-religiose del malato e favorirne la risposta in modo adeguato e sincero*
- fare delle riunioni con i volontari pastorali