

# Q&f



## Qualità & Formazione

Periodico di cultura della Qualità e della Formazione

n.

4

## Qualità & Formazione

Periodico del Centro Studi  
Qualità Formazione Ricerca  
Azienda Sanitaria Locale di Matera

Direttore responsabile  
Vincenzo Maida

Direttore editoriale  
Giuseppe Montesano

Direttore di redazione  
Giuseppe Di Taranto

Segreteria di redazione  
Giuseppe Tralli

Editore  
Azienda Sanitaria locale Matera

Direzione e Redazione  
Centro Studi  
Qualità Formazione Ricerca

Progetto grafico  
Centro Studi  
Qualità Formazione Ricerca

Registrazione Tribunale di  
Matera n. 238 del 7.2.2006

### A volte ritornano

giuseppe di taranto, responsabile Centro Studi

Il primo numero del periodico Q&f risale a circa sei anni fa; la pubblicazione si è interrotta nel giugno 2006, dopo 4 numeri in formato cartaceo. Le cause di questa interruzione sono state diverse; la principale è stata la difficoltà a produrre e far circolare cultura, intesa come modello interpretativo del mondo che ci circonda, a cominciare dall'Azienda per finire al malato, alle professioni, all'assistenza. Di fronte al tentativo di far diventare la pubblicazione un brogliaccio di notizie di stampa e di informazioni superflue, si è preferito lasciarla finire.

In questi anni la cultura aziendale ha fatto molti progressi; la stessa Azienda è stata interessata da un violento movimento tellurico, secondario al riordino del sistema sanitario regionale. Probabilmente lo sciame sismico è in via di esaurimento, e sembra realistico auspicare un periodo più tranquillo.

E' in tempi come questi che stiamo vivendo all'interno dell'Azienda che si conferma la necessità di uno strumento utile per produrre idee, progetti, argomentazioni logiche, creatività e innovazione; è per questo che Q&f risorge dalle sue ceneri, come l'araba fenice, in formato digitale, in un contesto aziendale più ampio, e chiede il contributo di tutti coloro che credono che un mondo diverso, migliore, sia possibile.

Perché è vero che la realtà esiste indipendentemente da noi, ma quale realtà esiste dipende dallo sguardo con cui noi la interpretiamo.

La discussione è appena cominciata.

## La Bottega delle Idee

giuseppe di taranto, medico

L'editoriale che apre questo numero del giornale termina affermando che "la discussione è appena cominciata". La stessa si spera continui in questa rubrica. L'*agorà* era la piazza delle città greche, frequentata da tutti coloro che volevano sottoporre ad una discussione pubblica le proprie opinioni, credenze e conoscenze e proporre idee nuove. Con questa metodologia si è affermata e diffusa la filosofia, e, con essa, la conoscenza intesa come *credenza vera giustificata*.

Il metodo conserva tutta la sua validità anche oggi, dopo 25 secoli, e viene riproposto nell'ambito dell'Azienda attraverso due strumenti. Uno è questa rubrica inserita nella pubblicazione Q&F, l'altro è *la Bottega delle Idee*.

Non lasciatevi ingannare da questa denominazione; siamo in un contesto socioculturale in cui la *bottega* ha avuto sempre un valore positivo, a partire dalla bottega rinascimentale, dove si andava per apprendere, sperimentare, sviluppare competenze, sia tecniche che etiche ed estetiche; la bottega era una scuola di vita in cui si produceva, si scambiava e si implementava la conoscenza.

E le idee, che c'entrano in tutto questo? C'entrano, eccome!. Nell'*agorà* la conoscenza è una credenza (idee) vera sottoposta a giustificazione, la conoscenza scientifica è verifica con metodo sperimentale di ipotesi (idee), il metodo clinico è la valutazione del caso in base a modelli concettuali (idee) predefiniti, la relazione di cura è condizionata da aspettative (idee) degli attori coinvolti, e così via. Insomma, dobbiamo riconoscere che i cosiddetti *fatti* sono sempre carichi di *teoria*.

Per questo l'Azienda ha aperto la *Bottega delle Idee*, una struttura virtuale alla quale tutti possono partecipare; unico requisito richiesto la disponibilità all'argomentazione logica e alla verifica delle proprie idee in un discorso pubblico.

## HANNO DETTO...

*La vita non è quella che si è vissuta,  
ma quella che si ricorda  
e come la si ricorda per raccontarla.*

Gabriel Garcia Marquez

## Medicina e Infermieristica Narrativa: un nuovo approccio per il prendersi cura

silvia marcadelli, infermiera

Questo approccio alla cura della persona sta godendo di molto interesse, soprattutto in questi ultimi tempi, in cui si assiste ad uno sviluppo di siti internet (italiani) dedicati.

Ma la medicina narrativa non si riduce ad una semplice ricezione di una storia di malattia, richiede competenze "interpretative", ossia di attribuzione di significato e soprattutto capacità di rispondere narrativamente a tale storia (Zanini, 2008), infatti la narrazione non è mai il prodotto del solo soggetto narrante, ma è una co-costruzione tra chi racconta e chi ascolta.

Le storie che vengono raccontate ai curanti per raccontare un evento di cui non si conosce il significato e che affligge la persona, hanno alcune caratteristiche fondamentali: sono contestuali, caratterizzate da uno sviluppo nel tempo, riguardano soggetti che agiscono in base ad intenzioni, hanno una relazione di verosimiglianza con la realtà (e non di verità), sono caratterizzate da una trama e hanno spesso una composizione pentadica (attore, azione, scopo, scena, strumento). Ma soprattutto, una caratteristica fondamentale delle storie è che esse danno forma alla realtà, attraverso un processo in cui chi racconta e chi ascolta hanno pari importanza. La narrazione chiama infatti ad una reciprocità, ossia una co-costruzione della storia. Questo significa che, in questa prospettiva conoscitiva, non può esistere un uditore-osservatore distaccato dal processo di costruzione della conoscenza: uditore e narratore come soggetto conoscente e soggetto conosciuto, concorrono entrambi alla creazione del significato (ivi, pag. 34).

La narrazione diventa così centrale per la comprensione e per il cambiamento: la valorizzazione della co-costruzione di una storia e la necessità di individuare con l'assistito, attraverso le fondamentali strategie della riflessività e ricontestualizzazione, narrazioni differenti su quanto accaduto e che facciano la differenza è ciò che facilita il cambiamento. L'approccio narrativo si sviluppa verso la fine degli anni novanta del secolo scorso, quando entra in crisi il modello bio-medico. Infatti tale

modello non è sufficiente per comprendere la complessità dell'evento malattia e deve quindi essere integrato da altri approcci. È lo sviluppo del *patient centered medicine*, che fornisce un approccio importante al superamento del modello bio-medico, inoltre, anche gli studi di antropologia medica, hanno avuto un ruolo cruciale.

L'importanza di tale approccio si realizza nel fatto che vi è una consolazione nella narrativa che non è data dalla felice conclusione del racconto, bensì dalla conoscenza della situazione che, una volta resa comprensibile, diventa sopportabile (Bruner, 1991).

L'approccio narrativo prevede una comunicazione ed una relazione diretta tra chi racconta e chi ascolta.

È quanto sostiene Zannini (2008) e che ci trova assolutamente d'accordo, che evidenzia come chi ascolta una storia di malattia, ne risponde a sua volta narrativamente, e in questo senso non può essere passivo, ma un soggetto che partecipa attivamente alla costruzione del racconto dell'esperienza di malattia. Questa autrice è particolarmente critica nei confronti delle storie di malattia che non si basano su di una relazione, poiché ritiene che la pratica narrativa si sviluppi all'interno di una relazione a tu per tu, in cui entrambi, professionista e narratore, sono, appunto, soggetti attivi.

Comunque, l'approccio narrativo, risulta legato alle pratiche autobiografiche sia dei professionisti che dei pazienti.

Occorre concentrarci ora sulla modalità relazionale nella raccolta di narrazioni degli assistiti.

La persona racconta la sua esperienza di malattia sempre inserita in un contesto di vita, creando un rapporto di circolarità tra soggetto conoscente e soggetto conosciuto, tale circolarità mette in luce la dimensione di partecipazione e di interpretazione che caratterizza il processo di costruzione della conoscenza.

Come detto, la narrazione chiama ad una reciprocità, ossia ad una co-costruzione della storia: questo significa che occorre dimostrare interesse, partecipazione consapevole e sincera, che occorre "vedere" con gli occhi dell'assistito quanto si pre-

sentita ai nostri occhi di “colui che assiste”, cogliere i vissuti secondo una dimensione di comprensione e di vicinanza che si può instaurare solo nella dimensione della comprensione e vicinanza empatica. A partire dall'accoglienza che sospende il giudizio (*epochè*), all'ascolto attivo, alla partecipazione vera e consapevole, la costruzione di “buone” storie di cura, prevede l'esercizio dell'empatia. Quella dimensione di consapevolezza che l'infermiere può attuare tenendo in considerazione quello che si sviluppa stante la prossimità corporea e, per certi versi, la purezza con cui si avvicinano le persone alla situazione assistenziale. È, infatti, interessante osservare che nella relazione medico-paziente ci possono essere dei “vizi”, infatti molto spesso la comunicazione con il medico viene sintetizzata, e svuotata di qualsiasi interpretazione poiché il paziente “ha appreso nel corso degli anni che il medico desidera di estrarre al più presto quel coacervo di ipotesi e convinzioni, i fatti null'altro che i fatti (Bert, Quadrino, 2002, Pag. 26)”, così che la sua narrazione nel momento dell'incontro col clinico, in ambulatorio o durante una visita, tende ad essere una drastica riduzione di ciò che vorrebbe dire a ciò che secondo lui al medico interessa ascoltare.

Questo pone gli infermieri in una condizione di vantaggio relazionale: proprio a loro è più facile che le persone raccontino in modo più compiuto sensazioni, dubbi, preoccupazioni ed aspettative. Questo ultimo aspetto non deve essere sottovalutato poiché la narrazione, che consente di indagare sulle aspettative, tiene in considerazione il fatto che queste, a loro volta, giocano un ruolo primario sul giudizio che il malato dà sulla qualità del servizio ricevuto.



#### Bibliografia:

- Zannini, L. *Medical Humanities e medicina narrativa*, Raffaello Cortina, Milano, 2008.
- Bruner, J. *La costruzione narrativa della “realtà”*, in M. Ammaniti, D.N. Stern, (a cura di) *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Bari, 1991.
- Bert, G. Quadrino, S. *Parole di medici, parole di pazienti. Counselling e narrativa in medicina*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2002
- Marcadelli, S. Artioli, G. *Nursing narrativo, un approccio innovativo all'assistenza*, Maggioli editore, Rimini, 2010.

## Il prendersi cura:

### l'origine e la riscoperta dell'assistenza infermieristica

Silvia Marcadelli, infermiera

L'assistenza infermieristica viene definita in diversi modi, a seconda dei modelli cui si fa riferimento. Senza voler privilegiare un modello rispetto ad un altro, occorre soffermarsi sul prendersi cura, come connotazione specifica della relazione assistenziale, perché il prendersi cura ha un significato di comprensione ma anche di continuità ed azione assistenziale nel tempo.

Il prendersi cura è all'origine dell'assistenza, quando ancora non si chiamava infermieristica. Poi man mano verso il processo di professionalizzazione (Artioli 2000), questo concetto, del prendersi cura, ha un po' perso il suo valore, tanto che oggi più prevalentemente si sente parlare di "presa in carico".

Ma le due accezioni sono diverse, entrambe fanno riferimento alla continuità ed alla necessità di occuparsi dei problemi e dei bisogni degli assistiti in modo coordinato e secondo una certa durata, ma mentre prendersi carico è connotato da neutralità affettiva, il prendersi cura è invece connotato affettivamente: nel prendersi cura è insito un "mi occupo di te" poiché metto me stesso nell'occuparmi e nel preoccuparmi, nel senso di avere a cuore, delle "tue" necessità assistenziali, in una situazione che diventa relazione.

Ed allora ridefiniamo il significato del concetto di assistenza infermieristica: io infermiere, sono anche persona, compe-

tente, che mi prendo cura di te (paziente), che ne hai necessità. Siamo insieme in un percorso che si costruisce nelle nostre esperienze reciproche che vedono me, professionista, esperto di un problema che tu porti che è la tua *disease*, ma che vedono te, assistito, esperto del vissuto che è la tua *illness*.

Dallo scambio di queste esperienze, con la capacità di interpretazione empatica di quanto viene portato nella relazione si costruisce il percorso assistenziale che ha l'obiettivo fondamentale di ridare senso all'esperienza che l'assistito sta facendo.

Il prendersi cura, comporta questo: l'instaurare con gli altri una relazione personale (Sala, 1999): l'atteggiamento di cura conduce al superamento di chi si attiene pedissequamente alla norma, poiché si persegue un ideale di attenzione e responsività nei confronti di quanto necessita ai singoli assistiti (ivi).

In questa dinamica relazionale l'infermiere assume un atteggiamento di attenzione, entra consapevolmente in relazione, comprende, decide quali sono le risposte più adeguate negoziando con l'assistito il progetto assistenziale, assume la responsabilità di quanto deciso ed attuato, e tutto questo è un qualcosa che va un po' oltre il semplice fare il proprio dovere (ivi).

È per questo che si può parlare di primarietà ontologica della

cura (Mortari, 2006) poiché l'essere umano ha bisogno di essere oggetto di cura, in un'accezione di passività, ma anche, nello stesso tempo, di aver cura, secondo un'accezione dell'attività, e l'aver cura si profila come un aspetto universale della vita umana: si può dire che la cura sia il luogo dove comincia il senso dell'esserci (Heidegger, 1971).

Il prendersi cura è l'essenza dell'assistenza infermieristica, poiché è in esso che si concretizza quella premura di cercare una direzione di senso all'esperienza vissuta.

È innegabile che il prendersi cura, il famoso *care*, non abbia avuto la necessaria valorizzazione, sia storicamente sia professionalmente, prova ne è il faticoso cammino che l'infermieristica italiana ha percorso per ottenere il riconoscimento professionale: prevalenza del *cure*, professione ad alta componente femminile, prevalenza della componente tecnica su quella relazionale.

Ma nell'infermieristica occorre rivalorizzare il prendersi cura, sia in senso pratico, cioè diretto, sia in senso educativo, cioè di rendere le persone in grado di aver cura di sé, in quanto il prendersi cura costituisce quell'orizzonte di senso necessario a ridefinire il percorso di vita degli assistiti, ricordando che l'aver cura è sempre rivolto ad una persona nella sua unicità ed irripetibilità di esistenza e relazione.

*“Il prendersi cura, è una pratica che ha luogo in una relazione in cui qualcuno si prende a cuore un'altra persona dedicandosi, attraverso azioni cognitive, affettive, materiali, sociali e politiche, alla promozione di una buona qualità della sua esistenza”.* In questa frase di Luigina Mortari (2006, pag. 55) è racchiusa tutta l'essenza di un'assistenza infermieristica relazionalmente indirizzata che si occupa della persona nel suo essere globale e che vive una sua personale esperienza di vita.

Bibliografia:

Artioli, G. *Evoluzione storica dell'assistenza e della formazione infermieristica*, Ed. Area Qualità, Milano, 2000.

Sala, R. *Riflessioni sulla cura*, Nursing Oggi, numero 2, 1999.

Mortari, L., *La pratica dell'aver cura*, Bruno Mondadori, Milano, 2006

Heidegger, M. *Essere e Tempo*, Adriatica Editrice, Bari, 1971

Marcadelli, S. Artioli, G. *Nursing narrativo: un approccio innovativo per l'assistenza*, Maggioli Editore, Rimini, 2010.

## LE PAROLE DELLA CURA

*I carciofi sono verdura?*

*Il medico sulla porta chiama a voce alta: “numero 7”; poi entra nell'ambulatorio e inizia a guardare la cartella della documentazione assistenziale e nello stesso tempo digita sul suo computer.*

*Senza alzare gli occhi dalle carte e dalla tastiera gentilmente chiede: “Come sta?”.*

*La paziente si siede, e si guarda attorno; incrocia lo sguardo dell'infermiera e chiede: “i carciofi sono verdura?”.*

Il brano riportato è la descrizione di una scena rilevata in un contesto assistenziale di questa Azienda; la sua lettura è sconcertante, non tanto per il significato della domanda della paziente quanto per il senso che la stessa sottende. Quella domanda, forse volutamente estranea al contesto, vuole esprimere la reazione della paziente al rifiuto, dimostrato dal medico, a intraprendere un minimo di relazione empatica e la richiesta della stessa indirizzata all'infermiera presente.

## La malattia: ente di natura o ente di cultura?

Una riflessione sull'ontologia della malattia

giuseppe di taranto, medico

Nel mito di Pandora (“colei che dona tutto”) si racconta che gli Dei, per punire la *hybris* di Prometeo che aveva loro rubato la *thécne* del fuoco per donarla agli uomini, fecero forgiare da Efesto, con la terra, una splendida figura femminile, Pandora appunto, alla quale tutti gli Dei furono chiamati a donare un attributo e una qualità particolari: Afrodite le regalò la bellezza, Atena l'arte della tessitura, Era la capacità di gestire la casa, Hermes la scaltrezza e l'arte del mentire. Vestita di splendide vesti e con una cintura dai poteri particolari fatta da Afrodite, Pandora fu inviata ad Epimeteo (“colui che pensa dopo”), fratello di Prometeo, che ne rimase incantato, come era prevedibile, e accettò immediatamente quel dono degli Dei, nonostante la raccomandazione del fratello di non accettare qualunque cosa provenisse dagli Dei, nel timore che da essa potesse derivare qualche male per gli uomini. Come al solito Prometeo (“colui che pensa prima”) aveva visto giusto. Gli Dei, infatti, avevano regalato a Pandora, quale dono di nozze, un vaso, in cui erano state racchiuse tutte le sciagure che possono toccare ad un mortale, con la raccomandazione, che essi ben sapevano che Pandora non avrebbe rispettato, di non aprirlo per vederne il contenuto. Appena Pandora ebbe sollevato il coperchio, ne uscirono tutte le malattie, che da allora, come ci racconta Esiodo, “errano innumerevoli fra gli uomini...e li visitano spontaneamente, le une di giorno, le altre di notte, portando la sofferenza ai mortali, in silenzio, poiché il saggio Zeus ha rifiutato loro la parola”. Solo la speranza rimase prigioniera nel vaso, che Pandora richiuse velocemente, anche questo per volere di Zeus.

A differenza che in Omero, dove la malattia non fa parte della natura, viene dal di fuori, inviata dagli Dei, secondo voleri imperscrutabili, in Esiodo le malattie sono numerose e possono aggredire gli uomini spontaneamente, per una sorta di causalità intrinseca, senza che vi sia colpa personale né intervento divino diretto. (M.D.Grmek, Storia del pensiero medico occidentale)

Uno dei passi decisivi del pensiero medico greco,

alla base del pensiero medico occidentale, sarà l'integrazione della malattia nell'ordine naturale, con principi di causalità ben definiti. Per Ippocrate non esistono malattie sacre; non lo è nemmeno la “malattia sacra” per eccellenza, la epilessia (morbo di Zeus): “Non la considero né più divina né più sacra di altre malattie; essa ha una origine naturale, da cui proviene, come le altre malattie” (Ippocrate, Il male sacro).

Un quesito sorto all'inizio della medicina scientifica occidentale e ancora attuale è il seguente: ciò che definiamo malattia è il riflesso di una realtà oggettiva, che esiste autonomamente dal soggetto che definisce o un modello funzionale a dominare concettualmente una realtà secondo paradigmi predefiniti? Le malattie sono modelli “costitutivi” della realtà o modelli “esplicativi” della realtà? In altri termini, le entità nosologiche che definiamo malattie sono da noi “scoperte” o “inventate”? In definitiva, si tratta di stabilire qual è lo statuto ontologico della malattia.

Non è una questione di poco conto, come si potrebbe pensare, perché la risposta a queste domande incide pesantemente sul concetto di sofferenza, e, in particolare, della sofferenza evitabile in quanto non necessaria, per non parlare delle conseguenze sulla sostenibilità di una assistenza sanitaria pubblica a base universalistica. Si tratta, inoltre, di un importante problema etico: se la malattia non è un ente di natura, chi, in una comunità di agenti morali, detiene l'autorità o il diritto di stabilire che cosa è una malattia?.

Secondo M.D.Grmek (op. cit.) i medici ippocratici studiavano e curavano i malati, non le malattie; essi erano consapevoli del fatto che le malattie non esistono in quanto entità ma solo come strumenti intellettuali che permettono di cogliere certe regolarità. Dall'insieme dei sintomi emergono dei gruppi più o meno chiaramente definiti che sono le specie nosologiche cui viene dato il nome di malattie.

T. Sydenham, medico inglese del XVII secolo (1624-89), sosteneva che le malattie possono essere classificate come le piante o le specie animali. In altri termini, le malattie hanno una esistenza indipendente dall'osservatore ed esistono in natura, pronte per essere "scoperte" e classificate.

In completo contrasto con questa concezione, altri autori considerano la nozione di malattia come una costruzione sociale, usata a volte come mezzo di controllo sociale (Foucault). E' il concetto di "iatrogenesi" sociale, che significa che è la cultura, intesa come modello esplicativo della realtà, a definire, e quindi a "inventare", le malattie (vedi l'esempio della isteria, della schizofrenia, dei comportamenti sessuali).

Il problema si è ulteriormente complicato dopo la riflessione filosofica sulla epistemologia da Kant in poi: la realtà è accessibile alla conoscenza soltanto attraverso "mediazioni" di tipo concettuale o strumentale (vedi gli "a priori" kantiani, il "paradigma" di Khun o il principio di indeterminazione di Eisenberg).

La contraddizione del paradigma della Medicina nell'attuale contesto socioculturale deriva dal fatto che essa cerca di dare una parvenza di oggettività scientifica, attraverso una tenace applicazione del principio riduzionistico, a fatti, sentimenti, comportamenti, individuali o di gruppo, classificati come malattia. Paradossalmente, la Medicina, da sempre indirizzata "ontologicamente" alla cura intesa come rimedio, produce, invece, malattia, e non solo come conseguenza inevitabile ed occasionale della propria prassi, ma per scelta più o meno consapevole.

Ne sono esempi eloquenti il fenomeno della ipermedicalizzazione, cioè la lettura in chiave medico-biologica di fenomeni diversi anche quando non sono propriamente medici, in quanto non riconducibili ad alterazioni biologiche necessariamente patologiche, e quello del mercato delle malattie (*disease mongering*), in cui si tende ad ampliare il numero delle malattie trattabili per espandere il mercato di nuovi prodotti diagnostici e terapeutici. A questo fenomeno si prestano non solo le industrie farmaceutiche e produttrici di tecnologie sanitarie, ma anche, purtroppo, i medici e gli stessi pazienti, entrambi con maggiore o minore consapevolezza.

Il "*disease mongering*" comporta che i disturbi quotidiani diventino problemi medici, considerando sintomi lievi come seri (sindrome dell'intestino irritabile), trattando problemi personali e sociali come problemi medici (timidezza come fobia sociale), considerando i fattori di rischio come malattie (osteoporosi), ed evidenziando stime di prevalenza per espandere il mercato potenziale (disfunzione erettiva).

Nel 2002 il BMJ ha proposto sul proprio sito web una votazione per identificare le prime venti "non-malattie" estratte da una lista di circa settanta "entità nosologiche" comunemente considerate come malattie; criticata da alcuni come un esercizio assurdo, l'iniziativa aveva lo scopo di illustrare la vaghezza del concetto di malattia e di favorire un dibattito su che cosa è e che cosa non è una malattia e richiamare l'attenzione sulla tendenza crescente a classificare i problemi della gente come malattie.

I risultati ottenuti sono interessanti; la classifica finale include fra le "non malattie" l'invecchiamento, il lutto, le borse sotto gli occhi, la calvizie, le lentiggini, i capelli bianchi, la cellulite, la gravidanza ed il parto, la rabbia dell'automobilista e l'ansia per le dimensioni del pene.

Rimane il problema di come considerare la sindrome da stanchezza cronica, quella dell'edificio malato, il deficit di attenzione con iperattività nello scolaro o la eccessiva timidezza.

"Il principale obiettivo raggiunto dalla sanità e dalla medicina moderne -afferma S. Beccastrini- è stata la scomparsa dell'uomo sano dall'orizzonte sociale. Nessuno, infatti, sarà mai abbastanza sano da superare indenne la spesso ingiustificata miriade di screening e check-up diffusi e pubblicizzati dalla onnipresente medicina del nostro tempo" (S. Beccastrini, *Le competenze comunicative nelle professioni sanitarie*, 2004).

I molti che aspettavano una risposta definitiva alla domanda iniziale dalla genomica sono rimasti delusi, perché l'assioma "un gene una malattia" si è rivelato falso.

La malattia, in definitiva, è ente di natura o ente di cultura?

Il quesito è simile a quello che un filosofo si poneva, chiedendosi se un albero che cade in una foresta disabitata facesse rumore: certamente qualcosa in quella foresta accade quando cade l'albero, ma per definire cosa accade è necessario un soggetto che percepisca l'avvenimento, lo definisca e gli attribuisca un significato.

La riflessione sulla ontologia della malattia ci rimanda alla riflessione sulla ontologia tout court, su che cosa esiste e che cosa ci è dato conoscere; e se oggetto della riflessione è la realtà del nascere, del vivere e del morire, si comprende come in questa domanda è in gioco il senso dell'esistenza individuale.

Comunque la si voglia intendere, la malattia ha sempre un doppio volto: da un lato è qualcosa che si esprime in un corpo oggettivato, un organismo, quale effetto di una causa che si può rimuovere o modificare con interventi tecnici, sulla base di spiegazioni oggettive che il sapere medico ha anticipato come lettura scientifica del corpo e delle sue alterazioni: dall'altro è esperienza vissuta da un soggetto "che la percepisce secondo modalità che influiscono sul suo decorso, quando non addirittura sulla sua insorgenza e sulla sua prognosi" (U. Galimberti, *La casa di Psiche*).

"Se gli uomini non sono cose - continua U. Galimberti - il modo in cui sono al mondo e il senso che il mondo assume per loro sono causa di malattia, non meno delle componenti fisico-chimiche che lo sguardo clinico, per le regole imposte dal metodo scientifico che lo esprime, individua come uniche cause. Percorrendo questa via, ciò che è possibile accertare sono i fatti, non i significati, la successione causale non la produzione di senso, l'ordine della spiegazione non l'ordine della comprensione".

E Karl Jaspers afferma: "Conoscenza scientifica e abilità tecnica si trovano sempre nella condizione di spiegare qualcosa senza nulla comprendere, a meno di non considerare compreso un fenomeno per il solo fatto che gli si è assegnato un nome".

Come può essere, per l'appunto, il nome di una malattia.



L'articolo è il tema di un seminario di Medicina e Filosofia organizzato dal Centro Studi Qualità Formazione Ricerca presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Matera l'8 giugno 2006.

Viene riproposto quale contributo per sottolineare la continuità di questa pubblicazione on line con quella precedente e per riproporre la riflessione filosofica sulle categorie proprie della prassi della cura.

## Le organizzazioni sanitarie e la formazione sul campo

Angela Braia, infermiera

La letteratura nazionale ed internazionale ha dimostrato nel corso degli anni come le metodologie formative più adatte per l'apprendimento dell'adulto siano quelle realizzate su campo. Fino a tempi non molto lontani, la ricerca sull'apprendimento in età adulta è stata scarsa. Era il 1926 quando Lindeman cominciò a parlare di apprendimento adulto e pose le fondamenta per una teoria sistematica dell'apprendimento degli adulti, affermando che nell'istruzione tradizionale allo studente si chiede di adattarsi a un percorso curricolare prestabilito, nella formazione degli adulti il percorso è costruito intorno ai bisogni e agli interessi dello studente.

Solo nel 1968 con Knowles nacque il termine andragogia, che designava una nuova scienza per l'apprendimento dell'adulto, ma moltissimi altri autori quali Vygotskji, Rogers (1969), Tough (1979), Ausbel, Argyris e Schön (1998), Wenger hanno dato un notevolissimo ed interessante contributo.

Ci troviamo in una fase di passaggio nella quale si viene affermando l'importanza delle conoscenze, delle competenze, delle capacità e dell'apprendimento continuo. Questo presuppone che le organizzazioni sappiano imparare, che divengano *Learning Organization*, ovvero sistemi in grado di imparare costantemente dall'ambiente esterno e interno; organizzazioni in cui l'apprendimento di nuove conoscenze e l'innovazione di processi e strategie s'intrecciano in un continuo divenire.

Peter Senge, uno dei maggiori studiosi dell'argomento, afferma che "le organizzazioni che apprendono sono quelle nelle quali le persone aumentano continuamente la loro capacità di raggiungere i veri risultati cui mirano; nelle quali si stimolano nuovi modi di pensare orientati alla crescita; nelle quali si lascia libero sfogo alle aspirazioni collettive, e nelle quali, infine, le persone continuano ad imparare come si apprende insieme" (Senge, P. 1992). "Apprendere ad apprendere" è stata definita la "competenza strategica" per eccellenza in ragione del fatto che tale "metacompetenza" con-

sente lo sviluppo e la diffusione dell'apprendimento come pratica continua, negli ambienti di lavoro come negli spazi individuali e sociali, travalicando i luoghi, i tempi e le modalità tradizionalmente ed istituzionalmente ad esso deputati (Alberici, A. 2001).

Per sopravvivere e svilupparsi in questo nuovo scenario, occorre che gli individui dispongano di una formazione attenta al soggetto, che prosegua lungo tutto l'arco della vita e sia capace di valorizzare percorsi formativi informali presenti nelle concrete esperienze di vita e di lavoro; occorre dunque passare ad un modello formativo centrato sull'idea del *lifelong learning*.

In questa prospettiva, si assume l'idea che la crescita professionale avvenga mentre si lavora e non solo in un'aula o di fronte a un testo. Per quanto il lavoro sia organizzato attraverso pratiche di *routine* più o meno scientificamente giustificate o fondate, risulta improbabile che non sia comunque in atto una qualche forma di osservazione, di confronto, di valutazione, di scambio e di ricerca che, interrogando l'esperienza, porti a ripensare il lavoro e le proprie competenze. In ciò, soprattutto, consiste la formazione sul campo, nell'interrogare e nel farsi interrogare dall'esperienza. Il presupposto vincente di questo approccio formativo è quello di attivare un processo di apprendimento, valorizzando le prassi e gli strumenti effettivamente adottati nei luoghi di lavoro e quindi le persone con i loro saperi concreti. Riconoscere la centralità dell'apprendimento esperienziale significa essere propensi a riconoscere chiaramente il valore della riflessione nell'apprendimento ad essa congiunta, a mettere così in crisi quel concetto di razionalità tecnica che considera l'attività professionale come mera soluzione strumentale di problemi (Schön, 1987).

## L'Azienda Sanitaria locale di Matera dà i numeri !

Superficie in chilometri quadrati	<b>3.446</b>
Popolazione	<b>203.570</b>
Comuni	<b>31</b>
Distretti	<b>2</b>
Dipartimenti	<b>10</b>
Ospedali per acuti	<b>2</b>
Ospedali distrettuali	<b>3</b>
Posti letto	<b>615</b>
Personale dipendente	<b>2.614</b>
Personale medico	<b>430</b>
Personale infermieristico	<b>1.059</b>
Altro personale sanitario	<b>538</b>
Personale non sanitario	<b>587</b>
Medici di Medicina Generale	<b>176</b>
Pediatri di libera scelta	<b>25</b>
Ricoveri ospedalieri	<b>30.248</b>
Accessi al Pronto Soccorso	<b>68.351</b>
Prestazioni ambulatoriali	<b>1.602.142</b>

I dati sono riferiti al 2009

## La FAD in Azienda

E' disponibile all'indirizzo web aziendale [www.asmbasilicata.it](http://www.asmbasilicata.it), nell'area riservata, il sito di formazione on line per i dipendenti dell'Azienda. Si tratta di una piattaforma (moodle) predisposta per l'apprendimento mediante la metodologia della Formazione A Distanza; attualmente il sito è ancora in costruzione; è disponibile un Corso indirizzato a medici, infermieri e OSS sulla prevenzione delle infezioni urinarie associate al cateterismo vescicale. Sullo stesso sito i partecipanti possono trovare un tutorial per l'utilizzo della piattaforma (sportello tecnologico).



Centro Studi Qualità Formazione Ricerca

Presidio Ospedaliero Matera (corpo C, livello -1)

Tel/Fax 0835.253372

e-mail: [asl4.centrostudi@rete.basilicata.it](mailto:asl4.centrostudi@rete.basilicata.it)

[www.centrostudi.it](http://www.centrostudi.it)