

## **ABSTRACT**

**INTRODUZIONE E OBIETTIVI:** Il tema della cura e del come prendersi cura risulta essere un argomento più che mai attuale nelle professioni sociali, sanitarie ed educative. La teoria dell'Human Caring di Jean Watson si pone come modello di riferimento per l'infermiere e lo guida nella sua professione indicando 10 punti salienti, i carative factors, necessari per prendersi cura dell'Altro.

**MATERIELI E METODI:** Ho condotto una ricerca bibliografica mediante la consultazione di varie banche dati (pubMed, Cinhal, Ovid, Medline) e tra i risultati ottenuti ho voluto approfondire la teoria della Watson. Ho selezionato una scala di valutazione con lo scopo di individuare l'integrazione tra il Cure e il Care all'interno di un reparto di degenza.

**RISULTATI:** Dai dati emersi risulta che il livello di Care elargito dagli infermieri non si discosta molto dal livello di Care percepito dai pazienti, ciò significa che i comportamenti e gli atteggiamenti messi in atto dagli infermieri nei confronti dei pazienti sono stati da loro correttamente percepiti.

**Keywords:** care, Theory of Human caring, 10 carative factors, caring strumenti di misura, Caring Assessment Tool.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION AND TARGET:** theme to cure and to take care it's an very actual arguments into the social ,educative and health professions.

The theory of "human caring" by jean Watson it's like a reference model for the nurses and it leads into his/her profession with 10 salient points .the carative factors, that he need to take care to the "other".

**MATERIALS AND METHODS :**I've lead a bibliographic research by using many data banks(pubMed, Cinhal, Ovid, Medline),by results gained with this research I've decided to study the watson's theory.

I choised a value stair that show the integration between cure and care in a degency ward

**RESULTS :**by discovered data results that the level of given care by nurses it's not so different by the level of care gained by patients ,its means that behaviours and attitude used by nurses concerned to patients was correctly feels

**Keywords:** care, Theory of Human caring, 10 carative factors, caring utility, Caring Assessment Tool.

# **PARTE I**

## **IL CAMMINO DELLA MEDICINA**

In questo primo capitolo vorrei porre l'attenzione sull'oggetto proprio della medicina, noteremo come l'interesse si sposta progressivamente dalle malattie all'uomo malato. La medicina come scienza di cause - effetti- terapia conosce solo quadri clinici che chiama "malattie" e ha limiti evidenti. Non riesce a dare una spiegazione se il sintomo morboso non può essere ricondotto eziologicamente ad alterazioni corporee; non spiega neppure il decorso delle malattie, anche organiche, diverso secondo le varie persone. Tutto il settore della soggettività rimane tagliato fuori dalla medicina: il modo in cui l'uomo, in una situazione per lui significativa, reagisce alla malattia, e come la elabora personalmente. Questo percorso ci condurrà al modello centrato sul paziente, dove la malattia e il paziente malato sono posti sullo stesso piano, e vengono considerati con uguale importanza le alterazioni di un organo, di un tessuto (la malattia in sé) e la sfera soggettiva del paziente, con le sue paure, le sue esperienze passate, la sua idea di malattia ecc...

Questo percorso fatto nel tempo dalla medicina, ci porterà sempre più verso una medicina che si prende cura dei suoi pazienti.

*“Ciò che deve essere messo al primo posto nella pratica medica è il benessere del paziente; e tra tutti i modi possibili per farlo stare bene dovrebbe essere scelto il meno fastidioso”*

Ippocrate (Medico, "padre" della Medicina, 460-377 a.C.)

Spinanti, in “Curare e prendersi cura”, sostiene che negli ultimi decenni il ceppo dell’ippocratismo è tornato a germogliare. Il maestro Ippocrate, sotto il platano dell’isola di Cos, insegnava ai suoi discepoli a mettere in relazione diretta i fatti del microcosmo con quelli del macrocosmo. L’organismo era concepito come un’unità, in rapporto con l’ambiente naturale. Il medico non poteva studiare il singolo paziente senza considerare l’ambiente geografico, il clima e le stagioni. I dati ambientali condizionano l’igiene, l’alimentazione, le abitudini di vita. Ambiente è anche la vita sociale, con i suoi riflessi sulle condizioni di lavoro, sulla vita familiare, sulla psicologia del singolo individuo. Sarà sicuramente diverso, sosteneva Ippocrate, un paziente schiavo da uno libero, un paziente che vive in una società monarchica e così via. Questa consapevolezza andrà persa per molti secoli nella storia della medicina.

## **1.1 La medicina disease-centred**

La medicina come insieme di interventi terapeutici per ristabilire la salute è antica quanto l’uomo; anche in quanto scienza, per quanto riguarda l’Occidente, va fatta risalire almeno alla medicina greca. Quel che risulta relativamente recente è la medicina concepita come scienza della natura, che si è formata in Germania nella prima metà

del XIX sec. Il programma definito da uno dei suoi padri fondatori, Rudolf Virchow, nel 1847 nel primo articolo comparso sul “Archiv fur pathologische Anatomie” recitava: *“il punto di vista che noi intendiamo mantenere è semplicemente quello delle scienze della natura. L’ideale al quale tendiamo, per quanto le nostre forze ce lo permetteranno, è la medicina pratica come fisiologia teorica applicata, e la medicina teoretica come fisiologia patologica”*. La medicina assunse lo statuto epistemologico delle scienze naturali, procedeva in modo empirico adeguandosi a quella forma particolare di conoscenza che è fondata sulla razionalità e si acquista con l’osservazione o l’esperimento, seguendo una metodologia “critica”. La malattia non è più qualcosa che capita all’uomo nel suo insieme, ma qualcosa che succede ai suoi organi, ai suoi tessuti, alle sue cellule. Lo studio delle cause della malattia si restringe alla ricerca di mutamenti locali nei tessuti e tutto il resto, compreso il paziente come individuo inserito nel suo ambiente, passano in secondo piano, la malattia viene spogliata di ogni carattere storico e personale. Il modello teorico alla base, che esplicita e giustifica gli obiettivi della pratica professionale medica, è il modello biomedico. Si tratta di un modello rigorosamente biologico, radicato nella fisicità degli agenti patogeni, delle alterazioni d’organo, della farmacologia, un modello che si è fatto strada attraverso l’applicazione rigorosa di un metodo scientifico. Esso identifica chiaramente l’oggetto della medicina e indica gli scopi che devono, di conseguenza, caratterizzare ogni intervento sanitario. Il modello sostiene che la medicina si debba occupare delle malattie, intese come *“alterazioni di variabili*

*biologiche e somatiche misurabili*” (Engel, 1977), sulle basi di ciò questo modello viene definito *disease centred* (centrato sulla malattia). Al medico viene affidato, quindi, un duplice compito:

1. quello di identificare la malattia del paziente, attraverso una diagnosi corretta, in base alla presenza di determinati segni e sintomi
2. quello di intervenire con una strategia terapeutica adeguata che sia stata dimostrata scientificamente in precedenti studi di ricerca clinica.

Elemento di fondamentale importanza, che si insinua tra l'uomo che cura e quello che deve essere curato, è lo strumento. Il medico, in quanto essere umano con la sua capacità di interpretare i sintomi e di fare diagnosi, tende a diventare superfluo: il microscopio scopre per lui il germe batterico, lo strumento misura il ritmo cardiaco e la velocità del sangue ecc.... lo strapotere della tecnica trionferà in medicina solo più tardi, ma tutti i presupposti sono già presenti nella svolta verso le scienze naturalistiche. Quando la medicina si è organizzata come scienza della natura, ha adottato il metodo analitico e proprio a questo nuovo approccio si devono gli stupefacenti progressi che si sono ottenuti in un secolo e mezzo. Non si può non riconoscere nel periodo del laboratorio una delle fasi più brillanti della storia della medicina: i progressi della chirurgia, della batteriologia, della farmacologia che altrimenti non sarebbero avvenuti.

Esattamente, cosa ha reso il metodo biomedico vincente, a tal punto da essere ancor oggi imperante in medicina? Quali sono le ragioni per cui è rimasto per secoli l'unica modalità possibile di affrontare la malattia all'interno della nostra cultura? Quali sono, per contro, i limiti del modello *disease centred* che ci portano a parlare di “crisi della medicina”?

Edigio Moja ci fornisce delle risposte nel volume “La visita medica centrata sul paziente”(2000).

Probabilmente, scrive l'autore, il successo della medicina dei giorni nostri risiede nella possibilità, finalmente concreta, di curare le malattie: con tutti i limiti osservati dai ricercatori e dagli studiosi, è indubbio che, per la prima volta nella storia della medicina, nel nostro secolo i clinici hanno a disposizione una serie di mezzi, conoscenze farmacologiche, tecniche chirurgiche, in grado di prevenire e curare molte patologie. Nonostante “tutti i limiti”: la sconfitta delle patologie croniche, le nuove epidemie che si sono sostituite a quelle vecchie; oggi la medicina è efficace. Grazie ai progressi ottenuti la vita media, nei paesi occidentali, è più lunga, la mortalità perinatale e neonatale è decisamente ai minimi storici, le grandi epidemie del passato sono sotto controllo. Ma, come tra gli altri osserva Mc Whinney (1993), le ragioni della vittoria della medicina non vanno ricercate nell'efficacia delle terapie, bensì nella struttura del modello teorico che vi è alla base.

Sul piano teorico è lo stesso Mc Whinney, che identifica almeno cinque aspetti che costituiscono i punti di forza della medicina centrata sulla malattia:

1. *semplicità*. Il modello biomedico semplifica un processo molto complesso riconducendolo ai rapporti di causa-effetto che sembrano determinarlo. La semplicità si accompagna anche all'identificazione di una dimensione specifica dell'oggetto di studio, il quale risulta precisamente definibile tramite l'utilizzo di aspetti biologici, quantificabili e misurabili.
2. *potere predittivo*. Il potere predittivo della medicina disease centred deriva dall'osservazione dell'evoluzione delle malattie, e ciò è possibile grazie all'importanza conferita ai rapporti di causa-effetto.
3. *chiarezza*. Questo risulta essere il punto nodale del metodo clinico, gli obiettivi che devono essere raggiunti dal medico, nel corso dell'incontro clinico, vengono definiti con estrema chiarezza.
4. *verificabilità dei risultati*. Il concetto di verificabilità è duplice. Si tratta della possibilità di verificare la correttezza della diagnosi attraverso l'analisi anatomico-patologica e della possibilità di valutare la correttezza e l'attendibilità delle affermazioni della comunità scientifica attraverso la ricerca sperimentale sul campo.

5. *insegnabilità*. Le competenze cliniche e le acquisizioni teoriche della medicina possono essere trasmesse, tramite l'insegnamento, nelle università.

L'Autore sostiene che i cinque aspetti sopra citati costituiscono la struttura portante dell'attuale medicina, una struttura così logica e solida, sul piano scientifico, che è estremamente difficile rinunciarvi. È possibile, che un rinnovamento nell'ambito medico debba condividere comunque questi cinque aspetti e proporsi non come alternativa, ma come modello allargato. Moja ritiene necessario un cambiamento che ampli la struttura del *disease centred*, ma che non rinneghi l'impostazione scientifica, poiché la struttura formale del modello sembra essere irrinunciabile.

Il modello, com'è noto, non ha soltanto punti di forza. Una serie di punti di debolezza della medicina centrata sulla malattia sono il risultato del contrappeso negativo di alcuni dei punti di forza del modello stesso. Primo tra tutti è la disumanizzazione della nostra sanità, che è lamentata in primo luogo dai pazienti, e che deriva appunto da presupposti teorici positivi necessari della medicina. Il ridurre il paziente a un corpo esplorabile, a un oggetto del sapere scientifico porta il medico a considerare la persona che ha davanti come una macchina. La scompone nella sue parti più piccole e provvede ad aggiustare ora una parte ora un'altra. Il medico agisce meccanicamente senza prestare attenzione alla persona che ha davanti. Viene completamente a mancare la relazione tra medico e paziente, quel momento estremamente importante in cui il malato esprime le