

## **LA PERSONA COME FINE DEL PROPRIO AGIRE**

***Paolo Barelli - Pavia, 16 Aprile 1997.***

Prestare la propria opera professionale in ambito sanitario implica indirizzare le proprie azioni al servizio dell'uomo. L'insieme delle azioni delle diverse professioni sanitarie hanno come risultato, come prodotto, la salute della persona. Questo significa che la ragione ultima per la quale noi prestiamo la nostra opera è la salute, e l'oggetto/soggetto su/per il quale operiamo è la persona.

Le nostre azioni professionali sono quindi indissolubilmente legate ai concetti di SALUTE e di PERSONA. Se accettiamo questa premessa anche il gesto più banale che poniamo in essere nel corso della nostra giornata lavorativa avrà per forza, direttamente o indirettamente, una ripercussione su questi concetti. Se accettiamo questo diventa necessario interrogarsi sul loro significato.

### ***Persona***

Che cosa è la PERSONA?

Essa è il destinatario dell'assistenza, nelle più diverse accezioni: paziente, utente, cliente, cittadino, ospite (Brolis, 1996) L'uomo è un essere unico ed irripetibile che comprende sintetizzate in sé le dimensioni biologica, psicologica, spirituale e sociale. Ciascuna persona è in continua evoluzione ed in costante interazione con l'ambiente nella quale è inserita. Questo significa che la persona cambia e si evolve costantemente adattandosi agli stimoli

del mondo in cui vive. Ciascuna persona sceglie liberamente, tra le infinite possibilità che ha di fronte, il proprio modo di adattarsi e di integrarsi nell'ambiente in cui è inserita.

Nel prenderci cura direttamente o indirettamente della persona dobbiamo allora tenere conto della complessità ed unicità di ciascuna singola persona.

La componente a noi più evidente della persona è il suo corpo. La medicina tradizionale tende a privilegiare la dimensione biologica, a scapito delle altre; tende quindi a soffermarsi sulla corporalità dell'uomo. Al contrario talvolta nelle istituzioni sanitarie che si occupano di salute mentale si tende a focalizzare la attenzione sulla dimensione psicologica, trascurando le altre.

Ma non è forse attraverso il corpo che le persone riescono a mettersi in relazione, ad interagire, a percepire il mondo che le circonda, ed in sostanza a sentirsi vive?

Non è forse il corpo il tramite che permette alla psiche e all'anima di estendersi nell'universo del mondo, incontrando altre persone, tramite i loro corpi?

Le professioni come quelle rappresentate in questa sala hanno il grande privilegio di potersi occupare del corpo della persona, meraviglioso mediatore di comunicazioni fra il più profondo dell'animo umano, ed il mondo che la circonda.

Il corpo permette a ciascuno di noi di sentire il mondo, e quindi di riflesso di sentire noi stessi in vita: esisto in quanto sento il mondo attorno a me. Le nostre azioni, in quanto sanitari, hanno dunque un riflesso significativo sul modo di sentirsi vivo delle persone che assistono.

Se accettiamo che ogni persona sceglie liberamente modalità uniche di interagire con il mondo esterno, possiamo comprendere come ciascuno utilizzi il proprio corpo in modo unico per comunicare. Ecco allora che possiamo cercare di "comprendere" (nel senso di

rispettare e accettare e non per forza di capire) atteggiamenti, comportamenti e comportamenti delle persone da noi assistite. Forse possiamo cercare di comprendere come comportamenti bizzarri, stereotipie, variabilità di umore, posture viziate, possano essere lette come uniche modalità possibili per comunicare con il mondo che queste persone riescono a mettere in atto.

Non solo possiamo “comprendere”, ma possiamo, dobbiamo, soprattutto rispettare il corpo della persona assistita, ed il modo con il quale questa lo utilizza per comunicare.

Nel nostro agire quotidiano frequente è il rapporto con il corpo. Quindi frequente è il nostro rapporto con l’anima della persona che assistiamo. Nel nostro agire deve sempre essere consapevole come ogni nostra azione ,dunque, diventi uno stimolo che produce una modificazione nella modalità di essere al mondo della persona. Per questo è nostra responsabilità che ogni azione che poniamo in essere, tenda a portare questo modo di essere-al-mondo verso la salute.

## **Salute**

Vorrei ora soffermarmi sul significato del concetto “SALUTE”.

In letteratura si trovano parecchie definizioni. Storicamente il significato ha avuto una evoluzione che lentamente si è spostato da “**assenza di malattia**” verso la più moderna concezione di “**equilibrio bio-psico-sociale e spirituale**”

Il concetto attuale di salute vede l’Uomo sentirsi bene solo quando le sue dimensioni biologica, psicologica, sociale e spirituale sono in equilibrio armonico fra di loro. Ma quando è possibile affermare di aver raggiunto tale equilibrio?

In una prospettiva deterministica, la salute viene concepita come una condizione OGGETTIVA, definita a priori, in termini assoluti dalla NORMA. Si è sani quando le nostre dimensioni sono normali. In questa ottica la salute non è una percezione individuale, in quanto esiste una sola MODALITÀ di SALUTE alla quale tutte le persone tendono.

Ad esempio si pensi ad una persona chiusa in sé in un ritiro autistico, che non comunica con gli altri e che mantiene per la maggior parte del tempo una posizione accovacciata, ormai da così tanti anni da aver persino deformato le articolazioni e le masse muscolari. Tutti potranno concordare che *quella persona non si trova in una condizione normale*, quindi non è sana. Si potrebbe probabilmente che non esiste un equilibrio nelle sue dimensioni biologica (alterazioni alle articolazioni ed alle masse muscolari), psicologica (ritiro autistico), sociale (assenza di interazione con le altre persone).

Nella prospettiva fenomenologica, al contrario, il concetto di salute assume una valenza più soggettiva. Ciascuna persona, essendo una entità unica, irripetibile, libera ed in continua evoluzione, è in grado di definire/scegliere il suo particolare modello di salute.

Il concetto di normalità allora perde significato, in quanto si vengono a creare tanti modelli di salute quante sono le persone. Ecco allora che anche la condizione della persona descritta poco fa può essere vista come una modalità di salute, probabilmente l'unica che in quel momento le permetteva di esistere, sebbene in un non-mondo, un mondo diverso dal mondo-della-vita, frequentato da tutti noi.

Il fine delle azioni di chi si occupa della salute, in una visione fenomenologica, sarà quello di **cercare assieme** alla persona assistita una modalità di salute, che le permetta di esistere all'interno del mondo-della-vita. Questa modalità non potrà essere predeterminata dal

sanitario, bensì dovrà essere scelta liberamente dalla persona “malata”, i quanto unica padrona della propria esistenza.

Il concetto di salute deve inoltre essere inteso in senso dinamico: quello che oggi scegliamo come modello di salute potrebbe non essere quello che sceglieremmo domani. Probabilmente oggi molti di noi possono dire di sentirsi bene, quindi in salute. Si sentono bene per come oggi sono al mondo, per quella che è la loro esistenza; probabilmente anche ieri, l'anno scorso, dieci anni fa erano, si sentiva in salute, in equilibrio con loro stessi e con la loro esistenza. Probabilmente però il loro modo di essere al mondo, loro stessi, erano diversi da come sono oggi; eppure si sentiva bene come lo si sentono oggi.

Questo ci indica che la salute è una modalità individuale/soggettiva di essere al mondo che si evolve con noi, e di conseguenza non può essere determinata a priori, né tantomeno da persone diverse da noi stessi.

### ***Istituzione***

E' facile perdere di vista il significato dei concetti persona e salute quando si è immersi nella quotidianità e nella routinarietà del lavoro di tutti i giorni. Eppure è proprio nella quotidianità che professioni come le nostre si giocano il rispetto della dignità, della libertà della persona (Brolis, 1996; Rocchetti, 1995).

La persona che assistiamo si trova in condizioni di inferiorità psicologica e biologica (Carli, 1996), spesso anche sociale e spirituale, quindi in balia delle nostre azioni. Ma allo stesso tempo anche noi operatori mettiamo in gioco, in un contesto che spesso è fortemente istituzionalizzato, la nostra dignità, la nostra libertà ed i nostri valori (Rocchetti, 1995), in quanto anche noi siamo persone. L'istituzione è dunque il luogo nel quale noi prestiamo la nostra opera. Il concetto di istituzionalizzazione riguarda le componenti del potere, delle

regole e delle infrastrutture del contesto istituzionale all'interno del quale si sviluppa la relazione operatore - assistito; queste componenti tanto è più forte l'istituzionalizzazione e tanto più prevalgono sul fine per il quale è stata creata l'istituzione, cioè la SALUTE.

In altri termini, talvolta, le regole, il potere e le infrastrutture ci sopraffanno e ci fanno perdere di vista lo scopo per il quale siamo chiamati a prestare la nostra opera: **la salute delle persone assistite.**

E' difficile far coesistere regole predeterminate e valide in termini assoluti e generali, come quelle imposte dalla istituzione, con il concetto di salute inteso come condizione unica e liberamente scelta dalla persona, che a sua volta è unica e libera di scegliere il proprio modo di esistere nel mondo-della-vita.

Ancora più difficile è rispettare assieme a questi principi anche la nostra libertà di operatori in quanto persone a nostra volta.

### ***Istruzioni per ritrovare la rotta***

Ci troviamo dunque di fronte ai concetti di Persona, Salute e Istituzione:

- **Persona** è sia chi riceve che chi fornisce assistenza, quindi chi agisce e chi "subisce" l'azione;
- **Salute** è il fine dell'azione;
- **Istituzione** è il luogo dell'azione.

Per come sono stati definiti questi concetti stentano ad andare d'accordo, tuttavia le situazioni assistenziali non possono realizzarsi se non nel momento in cui tutti e tre si trovano a coesistere. In questo senso un operatore consapevole non può che trovarsi in difficoltà nel prestare la propria opera.

Sebbene non esistano delle formule che permettano di agire nella certezza di non sbagliare, è possibile riconoscere nel principio etico dell'AUTONOMIA (Tingle e Cribb, 1995) un valido aiuto per superare questo empasse.

AUTONOMIA consiste nel rispetto del diritto della persona e degli altri **all'autodeterminazione**. E' la capacità di pensare, agire e prendere delle decisioni su aspetti che ci riguardano. E' un concetto correlato ad altri quali responsabilità, e libertà di scelta.

Permettere la autodeterminazione significa permettere alla persona di partecipare consapevolmente alla scelta delle azioni che verranno poste in essere, anche da noi operatori, per raggiungere l'obiettivo della SALUTE. E' dunque eticamente indispensabile il coinvolgimento della persona assistita nel processo assistenziale. Del resto, se accettiamo il fatto che la persona è un essere che sceglie liberamente il proprio modello di salute, non è possibile, oltre che eticamente inaccettabile, tentare di imporre un modello di salute, o una modalità per raggiungerlo, contro la naturale libertà di scelta della persona. Semplicemente perché la persona non raggiungerà il SUO modello di salute, ma quello che NOI abbiamo scelto per lei. In altre parole la partecipazione consapevole alle decisioni è una condizione che garantisce il rispetto del principio di autonomia della persona.

Rispettare l'autonomia di una persona significa riconoscere il suo diritto all'autogoverno, ma non significa permettere libertà assoluta. L'autonomia di una persona termina laddove inizia quella di un'altra persona. Nessuno è libero di interferire con la libertà di un altro se non per autodifesa. La tutela della salute, dunque, non può essere un motivo sufficiente per interferire nella libertà di nessuno. Questo significa che l'operatore sanitario non può

determinare il bisogno di salute e la modalità per la sua soddisfazione, senza considerare la volontà della persona, ovvero la sua libertà di scelta, di autodeterminazione.

Il principio di Autonomia pone un chiaro confine entro il quale definire da un lato la libertà di scelta della persona, sia esso paziente o operatore, e dall'altro di modellare la rigidità dell'istituzione. Diventa una sorta di bussola che permette di orientarsi fra gli scogli della quotidianità assistenziale.

Un ulteriore contributo può venire da quanto scrive Fontanari (1993), che descrive alcuni strumenti che possono essere di aiuto all'operatore.

- **L'identificazione con l'utente**, che ne permette la comprensione, e quindi di raccoglierne i bisogni reali, riducendo il rischio e gli errori frutto di valutazioni aprioristiche. L'autore sottolinea però il rischio che l'identificazione venga confusa con i pensieri dell'operatore, o che sia alterata da desideri onnipotenti o narcisistici dell'operatore stesso.
- **L'équipe** che permette l'instaurarsi e la gestione corretta della relazione con la persona attraverso il controllo, il contenimento, e l'elaborazione dei conflitti, e dai vissuti controtransferali dell'operatore.
- **Le risorse relazionali del singolo operatore** che se utilizzate in modo competente evitano i rischi più frequenti come la simbiosi con il paziente, le aggressioni, il rifiuto, l'utilizzo del paziente.

## ***Alcune situazioni nella pratica quotidiana***

Dopo aver inquadrato i concetti di riferimento e le istruzioni per la navigazione, vorrei tentare di entrare più nel concreto per cercare di identificare alcune situazioni fonte di dilemmi etici nella quotidianità assistenziale. Carpenter (1993) suggerisce cinque tipologie di situazioni assistenziali in ambito di salute mentale, considerando gli aspetti che possono rendere critico il rispetto del principio di Autonomia del paziente, e quindi considerando la volontà del paziente rispetto alla azione dell'operatore.

### **1. Persone che vogliono ciò che gli operatori individuano essere i loro bisogni.**

Situazioni come questa generalmente non creano problemi etici, tuttavia è importante distinguere chi realmente condivide ciò che altri gli propongono, e chi semplicemente acconsente perché si sente costretto a farlo.

### **2. Persone che vogliono ciò di cui non hanno bisogno.**

Sono le situazioni nelle quali le persone hanno desideri o comportamenti che danneggiano la loro salute; gli operatori si trovano quindi nella condizione di agire frustrando i desideri della persona assistita nella convinzione di agire nell'interesse della loro salute. Il caso estremo è la situazione Depressione grave nella quale vi è il rischio di suicidio.

### **3. Persone che hanno bisogno di quello che non vogliono**

ad esempio nel caso in dell'anoressia dove la persona ha bisogno di cibo, ma assolutamente non lo vuole.

### **4. Persone che non vogliono le proprie azioni od i propri comportamenti**

queste sono quelle persone che mettono in atto un determinato comportamento nonostante lo ritengano inadeguato, come nel caso delle persone affette da disturbi

compulsivi. Sanno che il loro comportamento non è necessario o del tutto inadeguato, e ciononostante si sentono costretti a metterlo in atto. In questo caso le persone riescono a capire quali sono i loro bisogni, ma non riescono a soddisfarli autonomamente, quindi per questo cercano aiuto negli operatori.

#### **5. Persone che non agiscono secondo la loro volontà**

In questo caso le azioni sono completamente scollegate sia dal proprio pensiero che dalla volontà, come nel caso della demenza. In queste situazioni il livello di autonomia e la volontà sono seriamente alterati.

Un principio infermieristico afferma che la salute si raggiunge quando si è in grado di soddisfare autonomamente i propri bisogni. La soddisfazione dei bisogni potrebbe essere vista come il tentativo di mantenere l'equilibrio bio-psico-socio-spirituale. La persona sana allora dovrebbe volere ciò di cui ha bisogno. Tuttavia, da quanto appare nelle cinque situazioni descritte da Carpenter, non sempre abbiamo bisogno di ciò che vogliamo.

Sembrerebbe allora che non tutte le persone siano naturalmente completamente autonomi. Oltre che alle persone con disagio psichico, si potrebbe pensare ai bambini, o alle persone in stato di incoscienza. Cionondimeno in ciascuna di queste persone esiste una capacità latente di esercitare la loro autonomia. Essi possono essere paragonati ad una persona addormentata: hanno la capacità, ma non la esercitano, tuttavia al risveglio tornerà ad essere attiva. Allo stesso modo le persone con disagio psichico nei momenti di compenso torneranno ad essere in grado di esercitare la loro autonomia. E' allora possibile, secondo Carpenter, rispettare l'autonomia della persona con disagio mentale solo quando si può ritenere con ragionevole certezza quali decisioni avrebbe preso se ne avesse avuto la possibilità.

## **Conclusioni**

Questa lunga dissertazione aveva come scopo la riflessione sulla persona come fine del proprio agire. Sono stati discussi per questo i concetti chiave per definire il tema: Persona, Salute, Istituzione. Da questi è risultata evidente una sorta di difficile e contrastata coesistenza di concetti relativistici e liberali (Persona, sia come assistito che come operatore, e Salute) con il concetto più rigido e costruttivo di istituzione.

Abbiamo cercato di individuare quali potessero essere gli strumenti che ci potrebbero venire in aiuto nel rendere meno difficile questa coesistenza, ed in particolare ci siamo soffermati sul principio dell'Autonomia, come rispetto dell'autodeterminazione dell'assistito, come valore fondamentale per garantire la finalizzazione delle azioni alla persona.

Quindi il nostro agire dovrà essere guidato dalla ricerca dell'Autonomia, intesa come autodeterminazione della persona, in quanto solo attraverso la sua diretta partecipazione sarà possibile aiutarla a raggiungere lo stato di salute come lei lo intende.

Vorrei a questo punto lasciare lo spazio al dibattito ed alle riflessioni, che spero di aver stimolato con questa dissertazione.

## **Bibliografia**

1. Brolis R. (1996) Etica nella professione infermieristica. NEU, 3/96, 64:68;
2. Carli E. (1995) Etica e professione infermieristica. Atti del convegno nazionale ETICA - Collegio IPASVI di Trento;
3. Carpenter D. (1993) In the best interest of client? Legal and ethical principles. In Harry W., Giddey M. Mental health nursing, from first principle to professional practice. Chapman and Hall, London;

4. Fontanari V. (1993) Alcune questioni etiche in psichiatria. In Drigo et al. Clinica e Nursing in Psichiatria. CEA, Milano;
5. Rocchetti L. (1995) Etica, bioetica e quotidianità. Atti del convegno nazionale ETICA - Collegio IPASVI di Trento;
6. Tingle J., Cribb A. (1995) Nursing law and ethics. Blackwell Science Ltd. Oxford;