

Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica

Program framework and description

Il Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica coniuga due indirizzi diversi, uno dedicato agli studenti con Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, l'altro ai laureati in Medicina e Chirurgia con indirizzo in Sanità Pubblica, in una medesima visione di Sanità moderna, centrata sul paziente e la sua famiglia, diffusa sul territorio, multidisciplinare ed attenta agli aspetti preventivi, organizzativi ed economici della assistenza.

Le radici storiche e le conferme scientifiche più recenti di questa visione possono essere così riassunte:

1. La transizione demografica, epidemiologica e assistenziale

La transizione demografica e quella epidemiologica ¹ hanno sconvolto il panorama sanitario prevalente sino al XIX secolo: si è passati da un quadro caratterizzato da alta mortalità e natalità ad un nuovo equilibrio ove al contrario i suddetti tassi si sono grandemente ridotti. Nel corso di questa epocale trasformazione ormai estesa praticamente a tutto il pianeta si sono verificate nell'ordine: una importante espansione demografica, una pari crescita della attesa di vita e, come conseguenza della contrazione delle nascite, un aumento degli ultrasessantacinquenni. L'invecchiamento della popolazione si è sostanziato in un vero e proprio emergere di un nuovo continente: gli anziani, da fatto residuale, costituiscono oggi nei paesi europei una enorme quota di popolazione ed i trend nei paesi a medio e basso reddito convergono rapidamente verso questo profilo. Le conseguenze della transizione demografica si sono manifestate in tutti i campi della vita civile, sociale ed economica: basti pensare agli aspetti previdenziali indotti da tale fenomeno. A nostro avviso, tuttavia, non si è tenuto sufficientemente conto in campo sanitario di quanto questa trasformazione abbia mutato le caratteristiche dei pazienti e delle popolazioni e di come questo ci costringa ad una parallela e conseguente transizione assistenziale. In particolare in Italia non si è preso atto del prevalere dell'anziano come soggetto bisognoso di cure a tutti i livelli, con domande che investono l'organizzazione stessa della sanità e chiedono un radicale rinnovamento verso il territorio. Un sistema ancora troppo "ospedale-centrico" cumula ritardi, inappropriata e difficoltà di accesso a tutti i livelli. La realizzazione di un efficiente "continuum assistenziale" tra ospedale e territorio resta carente di adeguata implementazione. Al tempo stesso importanti indagini² dimostrano come la popolazione anziana sia anch'essa soggetta a sostanziali mutazioni nel tempo e come i tassi di disabilità tendano a ridursi in USA come in Italia. Occorre abbracciare una cultura della valutazione complessa, della stesura di piani personalizzati di assistenza, della riabilitazione e della

¹ MC Marazzi et al.: Le grandi transizioni, Demografica Epidemiologica Assistenziale. Ed. Piccin, 2014

² KG Manton et al.: Medicare cost effects of recent U.S. disability trends in the elderly: future implications. J Aging Health. 2007 Jun;19(3):359-81.

prevenzione, del trasferimento delle cure in una varietà di setting, in particolare quello domestico, sposando al tempo stesso le nuove tecnologie, in particolare la telemedicina e telenursing, in grado di assicurare un adeguato monitoraggio, tempestivi cambiamenti terapeutici e un pronto intervento ove necessario. In questo quadro è importante prevedere il ruolo dell'infermiere nei campi succitati e del medico epidemiologo in grado sia di valutare efficacia, profilo e costi-benefici di ogni intervento, sia di organizzare e valutare i servizi proposti.

2. Il capitale sociale

Una seconda ma non meno importante trasformazione delle nostre società riguarda la forte riduzione del capitale sociale³. Le reti familiari, i legami e le appartenenze si sono grandemente ridotti così come il numero di persone con cui si interloquisce, i cosiddetti curatori informali, gli amici, gli incontri ecc. L'avvento di una società "liquida"⁴, così ben descritta in numerosi saggi di Bowman, spiega almeno in parte la crescita di nuclei familiari monopersona, in Italia pari a quasi 8 milioni⁵, il 13% della popolazione. Non è difficile prevedere, e già oggi ne siamo spettatori inconsapevoli, che la crescita di solitudine e isolamento sociale determinerà sul sistema sanitario una sorta di "tempesta perfetta" scaricando su di esso molte domande di varia origine, tutte caratterizzate però dalla assenza di una figura di riferimento per il malato ovvero per la persona fragile non totalmente autosufficiente. Questo fenomeno coinvolge soprattutto l'infermiere che deve avere nei confronti del paziente un approccio olistico con la consapevolezza dell'importanza decisiva del suo rapporto umano in una dimensione anche corporea. La corporeità del rapporto col paziente resta una sua prerogativa storica risalente alla fondatrice ed ispiratrice del nursing⁶ Florence Nightingale la prima a cui è possibile attribuire propriamente il titolo di infermiera nel suo significato attuale. Cinque temi sono stati identificati nel suo pensiero per rappresentare un rapporto di cura: prendersi cura, avere attenzione, nutrire, essere competenti e genuini. Porre l'assistenza al centro delle politiche sulla Sicurezza del malato e del personale sanitario, ha costituito un principio cardine del pensiero della Nightingale. Questa problematica costituirà, come vedremo, il filo conduttore di molti studi ed approfondimenti del Nursing moderno. L'Infermieristica evolve costantemente per il combinarsi di forze eterogenee e multidisciplinari con cui ha sempre tenuto aperto il dialogo. Ci riferiamo in particolar modo ai tanti *saperi* di cui la Cura è oggetto. Nel suo percorso di sviluppo, l'Infermieristica ha tenuto conto del valore del confronto con le discipline di antica e consolidata tradizione che intorno alla Cura

³ RD Putnam: Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. Journal of Democracy 6 (1): 65-78. doi:10.1353/jod.1995.0002.

⁴ K. Bowman: La solitudine del cittadino globale, Ed. Feltrinelli - 2000 ISBN 978-88-07-72053-6

⁵ ISTAT

⁶ Wagner DJ et al. An exploration of the nature of caring relationships in the writings of Florence Nightingale. J Holist Nurs. 2010 Dec;28(4):225-34. doi: 10.1177/0898010110386609.

hanno definito strategie e logiche ed aspetti ontologici di ricerca scientifica e di prassi professionale. E' chiaro il riferimento in particolar modo alla medicina, alla biologia, alla chimica, che sono fondamento del *cosa fare* nella Cura; ma anche alle discipline umanistiche che rappresentano per l'Infermieristica solidi ed irrinunciabili fondamenti del *come e del perché fare*. L'aver cura della persona malata in infermieristica è stata una parte del nostro linguaggio professionale fin dall'epoca vittoriana. Per questo per definire l'infermieristica è necessario identificare la parola "CURA". Essa, come vista ed interpretata nei modelli infermieristici più diffusi che fanno riferimento alla filosofia dell'Human Caring e in particolar modo al pensiero di Leininger e di Watson e trova il suo fondamento in una evidente ontologia della relazione che interpreta la vita di ciascuno come un evento intimamente connesso alla vita degli altri, tenuta all'interno di relazioni di cura. Per la Leininger, la Scienza del Caring è fondamento dell'Infermieristica e la Cura è descritta come una pratica complessa, essenziale alla vita perché senza di essa la vita stessa non può sussistere. Ma la Cura non è necessaria solo alla durata ed alla conservazione della vita, essa serve anche per dare completezza e realizzazione alle nostre possibilità esistenziali. In tale accezione, la Cura, nell'Infermieristica diventa protezione, preservazione e valorizzazione della persona ed ha la finalità di promuovere il suo potenziale di guarigione modellandosi, in quanto attività relazionale, sulle caratteristiche specifiche degli attori coinvolti. Ed è su tale concetto che si sostanzia l'elemento dell'arte del Nursing inteso proprio come l'insieme delle varie espressioni possibili che emergono dal contatto effettivo con l'altro. La riscoperta di questi fondamenti ed il loro rilancio in un mondo di individui soli apre uno spazio di ricerca e di implementazione davvero infinito: dal self-care alla educazione sanitaria, dalla prevenzione attuata quotidianamente alla conoscenza e abitudini alimentari⁷. Gli esempi non sono casuali: sono stati citati perché siamo convinti che essi siano spesso settori orfani, non tanto di scienziati e ricercatori, ma di veri cultori, di soggetti in grado di trasmetterli e farli applicare alla popolazione in una cultura vissuta.

3. La salute nel mondo contemporaneo

Nel corso del '900 il concetto di salute è profondamente cambiato, in conseguenza delle grandi trasformazioni precedentemente citate. La salute come "assenza di malattia" ben si adattava ad un mondo costituito prevalentemente da giovani e bambini, come l'Europa dell'800, dominato da patologie infettive, come noto a decorso acuto e con un esito del tipo "tutto o niente". La malattia veniva rappresentata come un agente estraneo che invadeva un corpo in salute. Dopo la seconda guerra mondiale, in pieno avvento delle malattie cronico degenerative e sulla spinta dell'utopismo scientifico tipico di quell'era la salute era definita come il completo benessere fisico psichico e mentale, nella convinzione che sarebbe stata sconfitta dalla scienza ogni patologia nota. Eppure già si introiettava la salute come un bene intrinseco al proprio corpo, non necessariamente menomato da agenti esterni. Con l'invecchiamento della popolazione la salute subisce nuove trasformazioni fino

⁷ MC Marazzi et al.: Nutrizione e salute. Le basi conoscitive per una corretta educazione alimentare. Ed. Piccin, 2014

alla definizione di Caunguilheim, riportata in un editoriale di Lancet ⁸: *“Canguilhem rejected the idea that there were normal or abnormal states of health. He saw health not as something defined statistically or mechanistically. Rather, he saw health as the ability to adapt to one’s environment. Health is not a fixed entity. It varies for every individual, depending on their circumstances. Health is defined not by the doctor, but by the person, according to his or her functional needs. The role of the doctor is to help the individual adapt to their unique prevailing conditions. This should be the meaning of “personalised medicine”*. L'autore propone dunque di liberare il concetto di salute da un ambito esclusivamente medico e scientifico, dove rischia di essere ridotto a parametro statistico o meccanicistico, entità fissa e impersonale. Al “dottore” non compete più un giudizio insindacabile ma un aiuto al paziente ad adattarsi alle sue necessità e condizioni. Il quadro si completa con la sempre più crescente emersione della fragilità, una condizione che accompagna l'invecchiamento e, seppur variamente definita, riconosce come unico denominatore l'incapacità adattativa e l'improvviso precipitare della propria salute. In questo contesto l'infermiere ed il medico sono chiamati a raccogliere la sfida epidemiologica ed organizzativa che ci impegna a ricercare e disegnare un servizio sanitario dotato di continuità assistenziale, di mobilità, di capacità integrative e valutative che ancora oggi sono sviluppate in modo assai parziale.

4. L'infermiere, conservare le radici, crescere innovando

Da Nightingale ai nostri giorni si è assistito ad un radicale cambiamento del quadro epidemiologico e demografico: le malattie infettive sono state in parte debellate e in tali contesti gli infermieri hanno continuato a lavorare all'interno dei sistemi sanitari per migliorare il loro contributo ed accrescere le loro competenze, in linea con il modificarsi dei bisogni di salute e degli scenari sanitari. La ricerca empirica svolta degli infermieri è molto cresciuta, sia quantitativamente sia qualitativamente segnatamente nelle aree della gestione dei problemi clinici, intesa come gestione delle risposte del paziente ai problemi di salute, nella piena consapevolezza che la persona umana è portatrice, allo stesso tempo, di unità e diversità biologica, psichica, affettiva, intellettuale dell'educazione del paziente, dell'organizzazione dei servizi sanitari. La maggioranza degli studi considerati rilevanti per il Nursing dal National Institute of Nursing Research (NINR) fanno capo all'area dell'educazione del paziente, della famiglia, della comunità. Emerge un nuovo modo di porsi di fronte alla salute che non è necessariamente ed immediatamente la malattia: la fragilità, come accennato, appare il modo migliore di descrivere uno stato che riguarda decine di milioni di persone e contiene in sé un potenziale preventivo di grandissimo valore. Parallelamente, accanto al classico ICD si avanzano nuove proposte di codifica della salute, basate sulla funzione, la sua estrinsecazione sociale e il concetto di indipendenza e autonomia. Riteniamo che la fragilità sia un campo di studi elettivo di entrambi gli indirizzi della scuola di dottorato, per le sue enormi implicazioni sul piano assistenziale.

⁸ www.thelancet.com, Vol 373 March 7, 2009

5. La sanità pubblica e la sfida ambientale, delle diseguaglianze e dei diritti, nel mondo globale

Il nostro tempo è attraversato da un imponente fenomeno migratorio legato a fattori economici, ambientali e dai numerosi conflitti riguardanti vaste aree del pianeta. La presenza di immigrati in Occidente è destinata ad una ulteriore crescita con conseguenze importanti sia sul piano demografico che su quello epidemiologico e clinico. Buona parte della popolazione infantile ad esempio è costituita da figli di immigrati. Vaste aree di ricerca riguardano l'assistenza di coorti con difficoltà di accesso ai sistemi sanitari nazionali, alla reintroduzione di vecchie patologie o alla produzione di nuove nelle seconde e terze generazioni. Proprio per questo gli ultimi due studi annoverati nella classifica del NINR, riguardano l'area di competenza organizzativa chiamata a reinventare soluzioni operative per conferire al paziente un ruolo di protagonista del processo di cura, per garantire l'appropriatezza delle cure infermieristiche, per sollecitare il generale miglioramento della qualità assistenziale e ottenere una maggiore soddisfazione sia nel lavoro degli infermieri sia nella qualità percepita dai pazienti stessi. Nel periodo che intercorre tra la diagnosi di malattia, le terapie, la stabilizzazione o l'exitus, il paziente si sposta in numerosi setting di cura in cui manca una reale sinergia, un coordinamento organizzativo e una efficace comunicazione tra i servizi e il personale curante. La discontinuità nel rapporto assistenziale fa sperimentare al paziente ed alla famiglia un diffuso senso di abbandono, con serie ripercussioni sulle condizioni di salute. Gli infermieri affrontano gli effetti negativi associati ai comuni passaggi nei setting di cura, sviluppando un modello di assistenza per fornire risposte integrate, globali e continue nel tempo ad anziani con insufficienza cardiaca. Il modello di cure, utilizza conoscenze e competenze avanzate di infermieri che supportano e preparano i pazienti e le famiglie a gestire più efficacemente i cambiamenti di salute per ridurre il numero di riospedalizzazioni di questi pazienti e aumentare il periodo di tempo tra un ricovero e l'altro. Ed è proprio per sottolineare una continuità ideale con l'insegnamento della Nightingale che si sottolinea come un buon ambiente di lavoro e il ridotto turnover del personale riducono il rischio di burnout, migliorano la sicurezza del paziente e la soddisfazione di entrambe le parti. Infatti c'è una relazione diretta tra il personale infermieristico e il benessere del paziente. La necessità di personale infermieristico è una questione che ha bisogno di attenzione prioritaria nelle politiche sanitarie perché le vite dei malati possono dipendere da questo. Le linee di ricerca del Dottorato si orientano verso quelle problematiche che investono quotidianamente la cura dei pazienti, con particolare attenzione verso coloro che, per cultura, età, sesso o disabilità fisiche, rappresentano la parte più debole e critica della popolazione perché a rischio di esclusione dall'accesso all'assistenza sanitaria e dal diritto alla salute. L'impegno del Dottorato è quello di sistematizzare un proprio corpo di conoscenze finalizzate alla Cura della salute individuale e collettiva e di sottoporre a valutazione l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza di nuovi contenuti che arricchiscono continuamente l'attività assistenziale. L'approccio metodologico del dottorato va progressivamente aprendosi anche ad approcci di ricerca qualitativa, i cui approdi, come sappiamo, sono spesso considerati meno

evidence-based di quelli propri della ricerca quantitativa, ma presuppone una forma di conoscenza in grado di prestare attenzione alle esperienze vissute, ai significati, alla riflessività dei soggetti e dei loro modi di percepire la realtà. Numerosi sono gli studi che utilizzano approcci qualitativi, supportati da grande rigore procedurale, che consentono di conoscere le esperienze di salute e malattia come sono vissute in primo luogo dai pazienti che vengono assistiti. Anche per i due tipi di ricerca, la qualitativa e la quantitativa, l'Infermieristica si pone in una posizione di dialogo che supera la questione di contrapposizione o subalternità tra i due approcci, bensì recupera un posizione di scelta di metodi che si conformano alle specifiche domande di studio e di ricerca, con un pensiero che non separa, ma aggrega e riunisce le diverse posizioni. Per questa via si perviene all'indicazione dei metodi misti come possibilità di dialogo e confronto tra le diverse prospettive e i diversi metodi di studio.

Potremmo aggiungere un terzo megatrend, coinvolto in questa riflessione: quello delle relazioni tra salute e ambiente e l'impegno ad esso associato. Un messaggio chiave lanciato dalla European Environmental Agency in 2015⁹ è il seguente: *“Around 25 % of the burden of disease and deaths is attributable to environmental causes. Urban air pollution is set to become the main environmental cause of premature mortality worldwide in 2050.”* Dovremmo menzionare molti altri aspetti legati alla questione ambientale e di profondo interesse per la sanità pubblica: la sicurezza e la disponibilità delle risorse idriche, le conseguenze del cambiamento climatico ed i loro riflessi sulla nutrizione umana e molto altro ancora. Quel che è importante enfatizzare qui è che in un mondo sempre più popolato da anziani, afflitto da molte malattie non trasmissibili e di natura cronico-degenerativa, caratterizzato da una cattiva relazione con l'ambiente gli esperti di sanità pubblica debbono allargare la loro visione ed interessarsi dell'impatto di tali problematiche con la salute complessiva delle popolazioni umane. Occorre oggi ragionare in termini di sostenibilità, di diritti umani, di lotta alle diseguaglianze ricordandosi che in un mondo sempre più connesso le sorti degli individui e dei popoli dipendono sempre più gli uni dagli altri. In un mondo divenuto concretamente e fisicamente casa comune in cui aria, acqua e risorse - solo per fare alcuni esempi, sono sempre più condivise, occorre lavorare per un effettivo controllo dei determinanti di salute: alimentazione, istruzione, reddito, attività fisica, sicurezza delle acque, riduzione dell'inquinamento e rete di relazioni sociali solo per citarne alcuni. Ci interessa insomma che cresca l'istruzione ed il diritto all'istruzione in tutto il mondo, e non solo nel nostro territorio, ci interessa che il controllo delle emissioni da attività industriale sia adeguatamente regolato in tutto il pianeta, per ragioni ormai evidenti: il diritto degli uni viene dal rispetto dello stesso diritto per tutti. La discussione non dovrebbe trascurare il problema degli stili di vita, il loro impatto e le misure di controllo. A questo riguardo si cita un interessante documento

⁹ SOER 2015 – The European environment – state and outlook 2015

dell'Unione Europea:¹⁰ *“A significant amount of premature mortality is the result of lifestyle practices such as smoking, poor diet and lack of physical activity. According to the WHO, deaths from chronic diseases, which are significantly associated with lifestyle risk factors, accounted for 60% of all deaths worldwide: 20% in high income countries and 80% in low and middle income countries in 2005 (WHO 2005). To take another example, in the United States (US), deaths from smoking, inactive lifestyle, poor diet and misuse of alcohol have been estimated to be responsible for 900,000 deaths annually, nearly 40% of the total yearly mortality¹¹ .”*

In sintesi, il PHD è dedicato a coloro che vorranno dedicare i loro sforzi ad una ricerca innovativa e ambiziosa, orientata a trasformare ed adeguare i servizi sanitari alle necessità del nostro tempo, con lo sguardo largo quanto gli orizzonti del pianeta. In questo lavoro occorrerà rimanere però fedeli alle radici storiche delle diverse discipline, sapendo rivisitarle in una chiave moderna, senza perderne gli antichi talenti.

¹⁰ Is prevention better than cure? A review of the evidence By Divya Srivastava, European Commission Directorate-General “Employment, Social Affairs and Equal Opportunities” Unit E1 - Social and Demographic Analysis . Manuscript completed in May 2008

¹¹ Mokdad, Marks et al. 2005