



## **Dalla raccolta dei dati al colloquio infermieristico: competenze metodologiche e relazionali per migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica**

**Paolo Carlo Motta**

*IID, Docente di Metodologia clinica e della ricerca infermieristica, Università Vita-Salute San Raffaele di Milano,  
Direttore Scientifico di Nursing Oggi*

### **LA NATURA RELAZIONALE E DIALOGICA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

*Il secondo attributo individuato dal Profilo professionale dell'infermiere (DM 739/94) per definire l'assistenza infermieristica – «di natura tecnica, relazionale ed educativa» – si fonda sulla concezione che l'attività svolta dall'infermiere rappresenti un processo che si realizza pienamente solo quando almeno due soggetti – infermiere e persona assistita – costruiscano una relazione autentica tra loro. La natura relazionale del nursing è stata studiata ed affermata da numerosi autori e, in particolare, dalla francese Marie-Françoise Collière: «Mentre la maggior parte dei mestieri prende il via da un incontro tra uomo e materia e dall'addomesticamento reciproco dell'una attraverso l'altro, il processo assistenziale parte dall'incontro tra due (o più) esseri viventi, ognuno dei quali è in possesso di alcuni elementi del processo stesso. Questo processo si pone all'incrocio di un sistema di scambio tra diverse fonti per arrivare a determinare la natura delle cure da fornire e i mezzi con cui metterle in opera. È un processo tra due figure sociali che hanno una competenza diversa e complementare che mira a trovare la sua forma di realizzazione partendo dalle capacità e dalle risorse di ognuno in un ambiente dato»<sup>1</sup>. In questi termini, la relazione nell'assistenza infermieristica assume un valore veramente speciale: se è vero che per tutte le professioni finalizzate ai servizi alla persona tale aspetto risulta importante, nel prendersi cura del malato la relazione diviene addirittura un elemento costitutivo, una conditio sine qua non della professione stessa. Un'altra teorica dell'infermieristica, la statunitense Hildegard Peplau, ha affermato che la relazione non è un intervento da fare: tout court, la relazione è l'assistenza infermieristica!*

La considerazione del beneficiario dell'assistenza come *soggetto in possesso di una competenza* e, dunque, come *necessaria sorgente* di elementi informativi per raggiungere una valida comprensione dei suoi problemi e dei suoi bisogni e per pianificare un insieme appropriato di obiettivi e di interventi risolutivi rimanda alla più generale questione della *natura scientifica dell'infermieristica* e della sua collocazione rispetto alle altre discipline. Le scienze sono generalmente considerate come 'campi strutturati del

sapere' rispondenti ad alcuni criteri fondamentali: a) un oggetto di studio, b) uno scopo e c) un metodo, comprensivo degli strumenti e delle tecniche che si rendono necessari per descrivere, spiegare o predire i fenomeni del proprio campo di applicazione. *Oggetto di studio, scopo e metodo vanno a costituire, dunque, un primo ed elementare schema per analizzare o classificare una qualsiasi disciplina.* In relazione all'oggetto di studio, viene abitualmente operata una generale suddivisione tra le cosiddette scienze 'naturali'

– la fisica, la chimica, la geografia, ecc. – e ‘umane’ – la psicologia, la sociologia, l’antropologia, ecc.<sup>2</sup> La sostanziale diversità che intercorre tra la *comprensione di un soggetto*, nei suoi aspetti biologici, psicologici e culturali (tra i quali sono annoverati i problemi di salute di competenza infermieristica) e *lo studio di un oggetto* (come la meccanica dei gravi, l’entropia o un teorema geometrico), tipico delle scienze naturali, rende legittima la convinzione che alle scienze umane debba essere riservato uno status speciale. Ciò in relazione al bagaglio di metodologie, strumenti, tecniche e linguaggi necessari ai fini sia della ricerca, sia della pratica allo scopo di evitare di assimilare l’uomo a un oggetto spersonalizzato e, dunque, di non poterlo comprendere affatto per come egli effettivamente è. Il bagaglio proprio delle scienze umane, infatti, è specificamente orientato alla *comprensione*, cioè ad una forma di conoscenza che annulla la separazione tra soggetto osservante ed oggetto osservato, che non sta allo studio come entità separata. Secondo tale prospettiva, dunque, le scienze umane – e dunque la stessa infermieristica – non possono ridursi ai metodi oggettivanti, tipici delle scienze naturali, e devono assumere la relazione, la comunicazione e il linguaggio come specifiche strategie. Michail Bachtin ha affermato a tale proposito: «Le scienze umane studiano l’uomo nella sua specificità e non la muta cosa e il fenomeno naturale. L’uomo, nella sua umana specificità, *si esprime sempre*. Quando l’uomo è studiato al di fuori delle sue espressioni ed indipendentemente da esse, non si hanno più scienze umane. [...] Le scienze naturali sono una forma monologica di sapere: l’intelletto contempla una cosa e si pronunzia su di essa. Qui c’è soltanto un soggetto: colui che conosce (contempla) e parla (si pronuncia). Di fronte, gli sta soltanto la cosa muta [...]. Ma il soggetto come tale non può essere percepito e studiato come cosa poiché, nella sua qualità di soggetto, esso non può, restando soggetto, diventare muto e quindi la sua conoscenza può essere soltanto dialogica»<sup>3</sup>. La relazione tra infermiere e assistito si fonda dunque sulla *comunicazione* e sulla pratica dell’*ascolto*. Molto spesso, gli operatori sanitari concentrano la pro-

pria attenzione sulla valutazione clinica del malato, indipendentemente da ciò che egli esprime, verbalmente o altrimenti. Anziché ascoltare il malato, si finisce per considerare solo i suoi sintomi e questo non solo ostacola la possibilità per il malato di farsi comprendere, ma anche quella di sentirsi effettivamente compreso e al centro delle cure offerte dagli operatori.

#### SALUTE E MALATTIA, ILLNESS E DISEASE

La natura dialogica dell’assistenza infermieristica e la comunicazione come strategia per comprendere i bisogni e prendersi cura di un’altra persona rappresentano valori fondamentali della professione, maturati anche nella prospettiva dei diversi paradigmi di salute e malattia che sono stati elaborati nel corso della storia. Infatti, la salute e la malattia sono fenomeni della vita che possono essere considerati sia nella loro forma *soggettiva*, come stato di sofferenza o di afflizione esistenziale della persona, sia in quella *oggettiva*, come lesione dell’organismo misurabile mediante parametri biofisici e biochimici. I colleghi anglosassoni usano, per definire il primo caso, il termine *illness* (il ‘sentirsi male’), mentre per il secondo quello di *disease* (l’‘aver male’). Questa duplice definizione di un medesimo evento (la malattia) rende particolarmente evidente, nella dinamica tra infermiere e paziente, la potenziale coesistenza di percezioni divergenti circa lo stato di salute, dovute alla diversa dotazione psicologica e culturale di questi soggetti in relazione ma anche alla generale tendenza, da parte degli operatori sanitari, a considerare con maggiore attenzione l’aspetto oggettivo della malattia che non la sua percezione soggettiva. Tale fenomeno si sviluppa spesso in più o meno gravi incomprensioni durante i dialoghi tra il malato – che ‘si sente male’ ed esprime tale sofferenza con il proprio linguaggio – e il medico o l’infermiere a cui si affida, che traducono le sue affermazioni nella rigorosa e neutrale terminologia del linguaggio diagnostico e tendono a normalizzare i fatti attribuendo un nome preciso ad un’entità nosologica spogliata (ed impoverita) di ogni soggettività, trasformando così l’*illness* del malato nella sua *disease*. La medicina contemporanea rischia dunque di pro-

durre un'immagine falsata di malato, alienando il paziente dalla sua percezione della salute e della malattia. Il malato non è tanto colui che si sente tale, ma piuttosto qualcuno a cui è stata diagnosticata una malattia.

Le componenti psicologiche e culturali della salute vengono 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. L'inadeguatezza dell'approccio quantitativo alla salute è un'accusa che ricorre costantemente tra le critiche rivolte alla medicina tradizionale, troppo concentrata nell'individuare le cause del problema di salute in un'alterazione organica e incapace di ascoltare e comprendere la sofferenza del malato<sup>4</sup>.

Il modello sanitario tradizionale, che si propone di valutare la malattia sulla base di indici oggettivi di rendimento funzionale e di adeguatezza alla norma, tende coerentemente a ridurre l'azione sanitaria alla cura finalizzata alla guarigione (*to cure*). Diversamente, il tentativo di recuperare la dimensione soggettiva della malattia e di riconsiderare il malato nella sua globalità costituisce il fondamento di un approccio assistenziale che non si propone semplicemente di curare la malattia, ma piuttosto di prendersi cura del malato (*to care*), in una relazione autenticamente intessuta di elementi comunicativi<sup>5</sup>. Per molti infermieri, tale enunciato costituisce il principio essenziale dell'assistenza infermieristica, sufficiente in sé per determinare una prima distinzione rispetto alle altre discipline professionali. Secondo la quasi totalità degli autori che hanno elaborato teorie dell'assistenza infermieristica, pur nelle diverse sfumature che ne caratterizzano il pensiero, l'assistenza infermieristica consiste essenzialmente nell'assumere come problema centrale della sfera professionale di competenze – e, dunque, come elemento fondativo dell'azione degli infermieri e motore della prassi clinica – *non tanto la malattia, quanto le sue conseguenze di tipo fisiologico, psicologico e sociale sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona malata, considerata in toto,*

*secondo una prospettiva olistica*. Per tale motivo, la teoria e la prassi infermieristica hanno particolarmente a cuore il concetto di prendersi cura, poiché conferma i valori della centralità e della globalità dell'essere umano e dei suoi bisogni. Dunque, il concetto di 'prendersi cura' assume un significato congruente all'etimo stesso del termine 'assistenza', che deriva dal latino *ad-sistere*, 'stare accanto' 'essere ripetutamente o continuamente presenti' ai malati.

#### IL COLLOQUIO COME ELEMENTO STRATEGICO DEL PROCESSO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Il *processo di assistenza infermieristica* costituisce il *metodo clinico* che governa l'interazione professionale tra l'infermiere e la persona assistita, orientandola verso il soddisfacimento dei bisogni di quest'ultima. Generalmente strutturato per fasi, comprende almeno due momenti fondamentali: il *processo diagnostico*, cioè l'insieme delle operazioni logiche finalizzate all'identificazione dei problemi, e la *pianificazione*, cioè l'insieme delle operazioni dedicate alla scelta e alla realizzazione degli interventi che si ritiene possano condurre in modo appropriato, efficace ed efficiente alla soluzione dei problemi posti. Nel primo momento, l'*approccio dialogico* si propone di facilitare il riconoscimento delle dimensioni soggettive della salute e dei bisogni di assistenza infermieristica. Esso rappresenta dunque una precondizione per la *comprensione* dei suoi problemi e si deve necessariamente fondare su efficaci tecniche comunicative. Secondo Carl Rogers, la qualità del colloquio tra operatore sanitario e malato si misura su alcuni atteggiamenti, che il primo deve saper assumere nei confronti del secondo:

- la *considerazione positiva incondizionata*, cioè la fiducia nelle capacità di ogni individuo di determinare autonomamente la propria salute ed il conseguente clima di accettazione nel quale deve svilupparsi il rapporto tra infermiere e persona assistita;
- la *comprensione empatica*, cioè la capacità di percepire correttamente lo schema di riferimento esistenziale dell'altro e il suo mondo soggettivo, *come se* ci si immedesimasse nell'altra persona;

- la *non-valutazione* e la *non-direttività* nell'approccio al malato, cioè la capacità di non imprimere una propria direzione, di non suggerire a priori risposte ai problemi, dimostrando di avere in primo luogo fiducia nelle capacità di auto-assistenza del malato; atteggiamento questo che richiede una particolare competenza di tipo dialogico.

Il valore professionale della comunicazione non si limita al momento diagnostico, ma riguarda anche la pianificazione che è costituita dalle fasi della formulazione degli obiettivi, della scelta ed attuazione degli interventi e della valutazione dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza prestata. Anche in queste attività, infatti, si deve realizzare un'autentica relazione dialogica, basata sulla reale partecipazione della persona assistita alle decisioni e alle scelte relative alla cura della propria salute. Tale principio rimanda alle riflessioni di Giuseppina Majani sul superamento del concetto di *compliance*, a favore di quello di *aderenza*<sup>6</sup>. La prima, infatti, nella sua prospettiva monodirezionale (è il paziente che deve avvicinarsi al trattamento e non viceversa) enfatizza il ruolo del paziente come soggetto passivo, limitandosi a misurare il suo grado di conformità alle prescrizioni e alle raccomandazioni prescritte dal medico (da ciò deriverebbero le implicazioni stigmatizzanti della 'non-compliance', considerata una forma di disubbidienza da parte del paziente e, dunque, come un comportamento meritevole di essere colpevolizzato). L'aderenza, viceversa, implica il coinvolgimento attivo del paziente, la sua partecipazione alle decisioni assunte nell'ambito del piano di cura e di assistenza e il consenso basato sulla corretta informazione e sull'autentica condivisione e interiorizzazione delle prescrizioni. Pertanto, la mancata o ridotta aderenza non conseguirebbe necessariamente da un comportamento inadeguato, e dunque colpevole, del paziente, ma rappresenterebbe una manifestazione di difficoltà che emerge nell'ambito di un processo di comunicazione e di relazione i cui attori sono, oltre al paziente, il suo entourage familiare e l'intero staff sanitario. Sulla base di tali premesse, il concetto di *aderenza* considera tutti gli elementi

significativi del rapporto terapeutico e, perciò, non si applica alle sole prescrizioni farmacologiche, ma si estende anche agli interventi di natura educativa (l'alimentazione, l'attività fisica e gli stili di vita in genere) ed infermieristici, fino a comprendere gli stessi aspetti di natura organizzativa (la gestione dei tempi, il rispetto delle scadenze per i follow-up, ecc.).

Dunque, la valorizzazione della professionalità infermieristica si salda all'evoluzione della dimensione comunicativa e relazionale della pratica assistenziale, poiché il colloquio con il paziente non rappresenta più una mera raccolta di dati allo scopo di gestire un processo sanitario (o anche solo amministrativo...), ma diviene una strategia terapeutica, dove la parola, il messaggio non verbale, la presenza, l'ascolto, la comprensione empatica e la condivisione delle scelte costituiscono una parte integrante e necessaria del sistema di cura.

#### NOTE

1. Marie-Françoise Collière, *Aiutare a vivere*, Sorbona, Milano, 1992, I<sup>a</sup> ed. orig. 1982, pp. 129-130, corsivo aggiunto.
2. Tale distinzione fu introdotta da Wilhelm Dilthey (1833-1911), che utilizzò le locuzioni 'scienze della natura' e 'scienze dello spirito'. Caratteristica delle prime è lo scopo esplicativo, cioè l'interesse a descrivere e spiegare i fenomeni osservati nel mondo naturale, che si presentano all'esterno della coscienza, mentre le seconde mirano alla comprensione dell'uomo e dei fenomeni che sorgono originariamente al suo interno.
3. M. BACHTIN, *Il problema del testo nella linguistica, nella filologia e nelle altre scienze umane*; cit. in T. TODOROV, *Michail Bachtin. Il principio dialogico*, Einaudi, Torino, 1990, pp. 28; 34-35, corsivo aggiunto.
4. «La malattia non è principalmente ciò che la scienza medica dichiara come tale, ossia l'esito di un accertamento verificabile, bensì è un'esperienza dell'individuo sofferente, che egli cerca di superare come ogni altro disturbo». «Oggettivare nella scienza moderna significa 'misurare'. [...] Dobbiamo chiederci: cos'è la misura? [...] Platone distingue due misure: la prima si ottiene quando si misura un oggetto accostandosi dall'esterno, l'altra invece è insita nella cosa stessa. Le voci greche suonano così: *métron*, che significa misurare, e *métrion*, che indica ciò che è misurato, appunto

adeguato. Ma cosa vuol dire 'adeguato'? Evidentemente designa la misura interiore di una totalità vivente. Consideriamo quindi la salute come un'armonia, come la giusta misura, così come la vedevano anche i greci. [...] Ponendo il problema in questi termini, il *métrion*, la giusta misura, appare solo limitatamente accessibile mediante la semplice misurazione». H.G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano, 1994, pp. 63; 141-143.

5. Il verbo inglese *to care* può essere innanzitutto tradotto come 'interessarsi di', 'preoccuparsi di', 'dare importanza'. In ambito sanitario, assume il significato di 'prendersi cura di'.
6. Per un approfondimento, si veda a tale proposito: G. Majani, "Compliance, adesione, aderenza. I punti critici della relazione terapeutica", *Nursing Oggi*, supplemento, 2, 2003, pp. 5-8.

#### BIBLIOGRAFIA

- Marie-Françoise Collière, *Aiutare a vivere*, Sorbona, Milano, 1992, I<sup>a</sup> ed. orig. 1982.
- P.C. Motta, *Introduzione alle scienze infermieristiche*, Carocci Faber, Roma, 2002.
- T. Todorov, Michail Bachtin. *Il principio dialogico*, Einaudi, Torino, 1990.
- G. Majani, "Compliance, adesione, aderenza. I punti critici della relazione terapeutica", *Nursing Oggi*, supplemento, 2, 2003.