

5.3 - Il valore della competenza tecnico-scientifica nell'assistenza

Il percorso compiuto dall'assistenza infermieristica per configurarsi quale *attività di tipo professionale* (processo che si considera, tradizionalmente, inaugurato dall'opera di Florence Nightingale nella seconda metà dell'Ottocento) si è a lungo nutrito del costante impegno da parte degli infermieri nel costruire una solida e autonoma *base di conoscenze scientifiche per la pratica assistenziale*. In effetti, la sociologia riconosce, tra i criteri fondamentali per distinguere una professione da un semplice mestiere, la quantità e la qualità delle conoscenze necessarie a praticare una determinata occupazione.³⁵ La professionalizzazione dell'assistenza infermieristica è stata dunque perseguita attraverso l'organizzazione delle conoscenze utilizzate dagli infermieri in un *corpo sistematico di teorie*, applicate secondo un *insieme condiviso di strumenti metodologici e tecnici* allo scopo di assicurare un'efficace assistenza infermieristica e, parallelamente, un'adeguata formazione. In tal modo, allo sviluppo professionale dell'assistenza infermieristica consolidatosi nella seconda parte del Ventesimo secolo, corrisponde un parallelo **sviluppo scientifico delle conoscenze possedute ed utilizzate dagli infermieri** che, ordinate in un insieme di principi, teorie, concetti e regole metodologiche, hanno determinato la nascita di una nuova disciplina, attualmente denominata, dalla maggior parte degli studiosi, *infermieristica* e insegnata nelle università. Gli infermieri, dunque, nel corso del processo di professionalizzazione, hanno investito in larga misura sullo **statuto scientifico del proprio corpo di conoscenze**, poiché la scienza rappresenta la forma privilegiata attraverso la quale l'uomo si propone di conoscere la realtà che lo circonda, la natura dei problemi che si manifestano in essa e le possibili soluzioni. Generalmente, al concetto di scienza si possono attribuire, e perciò indicare come scientifici, sia i particolari procedimenti mediante i quali si persegue la conoscenza (il cosiddetto *metodo scientifico*), sia i risultati che ne derivano - teorie, leggi, concetti, principi, ecc. - più o meno organizzati in specifici campi del sapere (i contenuti delle cosiddette discipline scientifiche). Carlo Calamandrei ha recentemente ripreso dalla letteratura internazionale un'interessante ripartizione delle forme della conoscenza (empirica, etica, personale, estetica e socio-politica), sottolineando quanto ciascu-

³⁵ Per un approfondimento della sociologia delle professioni sanitarie, si vedano: E. Greenwood, "Attributes of a profession", *Social Work*, 2, 1957; H. Wilensky, "La professionalizzazione di tutti?", in W. Tussijn (a cura di), *Sociologia delle professioni*, Bologna, 1979; G.P. Prandstraller, *Un approccio al nursing e alla professione infermieristica*, Milano, 1995.

na di esse risulti rilevante ai fini dell'attività sanitaria e infermieristica. Gli operatori sanitari, infatti, nel valutare quotidianamente i problemi di salute di una persona, così come nell'assumere decisioni cliniche e nel prestare assistenza, ricorrono più o meno consapevolmente a tali forme e ne traggono giovamento.³⁶ Tuttavia, la conoscenza infermieristica di tipo scientifico - per le proprietà metodologiche di *prevedibilità*, *ripetibilità* e *intersoggettività* che assume il suo peculiare processo di ricerca - viene tuttora percepita come la **forma ideale di costruzione, organizzazione, comunicazione e applicazione del sapere** ai fini della risoluzione dei diversi problemi cognitivi e pratici che interessano l'infermiere. Tali procedimenti, tradizionalmente coltivati nell'ambito disciplinare della teoria e della metodologia dell'infermieristica, rappresentano tuttora una condizione fondamentale di sviluppo della professionalità del nursing e si possono ritrovare nell'attuale orientamento scientifico e culturale del cosiddetto *Evidence-based nursing*.³⁷

Al valore scientifico della conoscenza infermieristica si collega strettamente quello della **competenza tecnica**. Lo stesso Profilo professionale

³⁶ C. Calamandrei, "Le forme di conoscenza infermieristica", *Nursing Oggi*, 4, 2002, pp. 28-34.

³⁷ Il termine '*Evidence-based Nursing*' (EbN), mutuato dal più diffuso e radicato fenomeno dell'*Evidence-based Medicine* (EbM), identifica il movimento scientifico e culturale che, all'interno della professione infermieristica, stimola l'adozione di un approccio ai problemi di salute e ai bisogni delle persone assistite che si vale di specifici strumenti di comunicazione scientifica, come le *linee guida* e le *raccomandazioni*, e di tipologie di intervento clinico e sanitario di sperimentata efficacia e sicurezza, cioè in grado di garantire realmente il miglioramento della salute individuale e collettiva. Secondo alcuni, l'EbN rappresenta il *nuovo paradigma del nursing contemporaneo*, il cui successo sarebbe in gran parte dovuto alla crescente consapevolezza nel corpo professionale circa la necessità di adeguare la pratica infermieristica alle più esigenti richieste di competenza, autonomia e responsabilità che provengono dall'attuale contesto normativo, sociale e sanitario e di governare con maggiore razionalità la rilevante massa di informazioni scientifiche di cui dispongono oggi medici e infermieri. Le principali ricadute dell'adesione ad una pratica clinica basata sulle prove riguardano sia l'infermiere *ricercatore* - al quale è richiesto di indirizzare la propria attività soprattutto verso *modelli di ricerca clinica di tipo sperimentale* - sia l'infermiere *clinico*, al quale è invece richiesto di verificare costantemente la propria attività di assistenza, mediante un continuo e sistematico *aggiornamento professionale*, che si realizza in primo luogo attraverso corrette modalità di *acquisizione delle informazioni scientifiche*, contenute in specifici formati di comunicazione (*linee guida e raccomandazioni*). Per un approfondimento, si veda: P.C. Motta, "Modelli di ricerca infermieristica ed Evidence-based Nursing", *Nursing Oggi*, 2, 2003.

dell'infermiere, all'articolo 1, comma 2, definisce l'assistenza infermieristica un'attività preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa e di natura *tecnica, relazionale ed educativa*. **Tecnica, relazione ed educazione, dunque, costituiscono tre valori complementari dell'assistenza infermieristica.** La competenza tecnica viene oggi considerata con una certa diffidenza dagli infermieri, poiché l'evoluzione tecnologica della medicina e dell'assistenza infermieristica, conseguenza dello sviluppo scientifico delle scienze sanitarie, rappresenterebbe uno dei principali fattori di *disumanizzazione della persona assistita*. In altre parole, la riduzione dell'assistenza infermieristica a mera tecnica porterebbe necessariamente a comportamenti clinici standardizzati e *burocratici* e alla sottovalutazione o, addirittura, alla negazione dell'individualità, della soggettività e della dignità dei pazienti, col rischio, dunque, di ostacolare gli infermieri proprio nel loro *prendersi cura*, cioè nella finalità più pienamente assistenziale. Il nursing *tecnologico*, secondo tale prospettiva, promuove un *paradigma confliggente con l'imperativo deontologico dell'infermiere di essere vicino alla persona in toto, in una relazione professionale autentica e di tipo empatico*.³⁸ Il rapporto tra tecnologia ed assistenza infermieristica non suscita solo dilemmi di natura etica e deontologica, ma riguarda tutta una serie di potenziali implicazioni sul processo di professionalizzazione dell'assistenza infermieristica. Secondo alcuni infermieri, infatti, la tecnica rappresenta non solo un aiuto concreto ed irrinunciabile in numerose situazioni pratiche, ma anche un fattore di crescita professionale di prima grandezza. A tale proposito, si afferma che il conseguimento di una più salda consapevolezza della propria identità professionale e di un migliore riconoscimento sociale è stato in gran parte conseguente proprio alla competenza maturata dagli infermieri attraverso la *valorizzazione della componente tecnica dell'assistenza*, acquisita attraverso percorsi di studio sempre più impegnativi e distintivi nei confronti delle tante figure di supporto - come gli operatori socio-sanitari - che si limitano ad un'assistenza generica, esecutiva e poco tecnologica. Al contrario, l'analisi di altri infermieri conclude che la rappresentazione dell'assistenza infermieristica come attività a prevalente contenuto tecnico rappresenta una sorta di deprofessionalizzazione, poiché verrebbe messo in risalto un aspetto secondario e di minor spessore rispetto ad altri. "L'infermiere è un professionista, non un tecnico!"

³⁸ Per un approfondimento del rapporto tra tecnica ed assistenza infermieristica, si veda: A. Barnard, M. Sandelowski, "Technology and humane nursing care: (ir)reconcilable or invented difference?", *Journal of Advanced Nursing*, 3, 2001; P.C. Motta, "Tecnica ed assistenza infermieristica. Un inquadramento concettuale", *NEU*, 2, 2002.

si è spesso affermato a tale proposito, sostenendo il principio che l'elemento più prezioso dell'assistenza non si ritrova nell'esecuzione di tecniche, ma nel *metodo* (che garantisce all'infermiere spazi di professionismo, cioè autonomia, responsabilità e decisionalità dei processi) e nello *stile* (che si realizza in una relazione interpersonale autentica ed empatica con il malato).

In ogni caso, la tecnica rappresenta - e continuerà a rappresentare - un aspetto e un valore dell'assistenza, congiunto ad altri. La dimensione tecnica è, infatti, una componente essenziale benché non esclusiva dell'assistenza infermieristica, al cui scopo - il 'prendersi cura' della persona - deve restare subordinata. Il *rischio tecnicistico* non riguarda dunque la tecnica in sé, ma il più generale contesto assistenziale nel quale viene esercitata: non sono il catetere vescicale né la sequenza procedurale per posizionarlo o rimuoverlo che possono esporre la persona ad un'assistenza routinaria e spersonalizzata o, viceversa, garantire un servizio di buona qualità. Questo rischio è piuttosto collegato al processo globale che porta a pianificare ed eseguire il cateterismo e alla relazione con l'infermiere che si svolge prima, durante e dopo l'intervento tecnico. È il metodo ad essere chiamato in causa, non l'oggetto tecnologico o il procedimento formale in base al quale deve essere usato. L'infermiere può essere in grado di compiere numerosi ed impegnativi interventi tecnici senza, per questo, rinunciare all'azione complementare della propria professionalità relazionale, comunicativa e, persino, artistica. La qualità del prendersi cura non dipende dalla scelta della tecnica, ma dal suo congruente inserimento in un rapporto professionale autentico, capace di riconoscere nella persona assistita non un *oggetto*, ma un *sogetto*.

5.4 - I valori della relazione e dell'educazione nell'assistenza

Il secondo e il terzo valore assegnati all'assistenza infermieristica dal Profilo (l'assistenza infermieristica è di natura *relazionale ed educativa*) si fondano sulla concezione dell'assistenza infermieristica come *processo che si realizza pienamente quando due soggetti - infermiere e persona assistita - entrano in relazione tra loro*. La natura relazionale del nursing è stata studiata dall'infermiera 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".³⁹ **La relazione, nell'assistenza sanitaria e infermieristica, assume in questi termini un valore veramente speciale.** Se è vero che per tutte le professioni finalizzate ai servizi alla persona tale aspetto è importante, nel prendersi cura del malato la relazione è 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 relazione e il rapporto di fiducia tra infermiere e assistito si fondano sulla comunicazione e sulla pratica dell'ascolto. Molto spesso, gli operatori sanitari concentrano la propria 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. Secondo Carl Rogers, la qualità della relazione tra infermiere e malato deve fondarsi su un insieme di atteggiamenti del primo nei confronti del secondo, quali 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; 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.

L'assistenza infermieristica è, dunque, in prima istanza *presenza, ascolto* e anche *contatto fisico*: al suo interno, la prima terapia è rappresentata dall'infermiere stesso, poiché il trattamento non si riduce all'individuazione di uno strumento o di un materiale e al loro corretto utilizzo, ma comprende sempre un *complesso di risposte umane realizzate in un rapporto di tipo empatico*.⁴⁰

³⁹ M.F. Collière, op. cit., pp. 129-130.

⁴⁰ «Un farmaco guarisce [...] non in quanto tale, ma solo perché parte di un sistema molto complesso, senza il quale avrebbe ben poche possibilità di guarire. Se è così, è lecito affermare che il gioco è ciò che guarisce più che il suo strumentario e i suoi guaritori [...]. Il rimedio e il guaritore, in pratica, sono intermediari di un sistema