

dell'infermieristica interculturale, la metodologia dell'assistenza infermieristica promuove un approccio fondato sulla relazione, sulla comunicazione e sul dialogo.

6.3.1. La dimensione relazionale ed educativa dell'assistenza infermieristica

Secondo il Profilo professionale dell'infermiere definito dal D.M. 739/1994, 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 – costruiscono 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 dato²¹.

In questi termini, la relazione nell'assistenza infermieristica assume un valore 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 *condicio 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 ancora una volta al concetto di *comprensione*, cioè a una speciale forma di conoscenza empatica che annulla la separazione tra soggetto osservante ed oggetto osservato, che non sta allo studioso come entità separata. La relazione tra infermiere e assistito

si fonda dunque 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 di sentirsi effettivamente accolto e al centro delle cure offerte dagli operatori. La valorizzazione della professionalità infermieristica si esprime dunque nell'evoluzione della dimensione comunicativa e relazionale della pratica clinica: tanto più la comunicazione con il paziente non si riduce a mera raccolta di dati allo scopo di gestire l'appropriatezza di un processo sanitario, quanto più assumerà i caratteri di un vero e proprio colloquio terapeutico, dove la parola, il messaggio non verbale, la presenza, l'ascolto, la comprensione empatica e la compartecipazione alle scelte divengono parte integrante di un condiviso sistema di cura.

6.3.2. La condivisione nella pianificazione e nella realizzazione degli interventi assistenziali

Il concetto di *compliance* si è storicamente incardinato nel linguaggio sanitario con una forte accezione monodirezionale (è il paziente che deve adeguarsi al trattamento e non viceversa), enfatizzando dunque il ruolo del paziente come soggetto passivo e trovando applicazione come mera *misura del suo grado di conformità alle prescrizioni e alle raccomandazioni dettate dal medico*. Da ciò deriverebbero le implicazioni stigmatizzanti della "non-compliance", spesso considerata una forma di disubbidienza da parte del paziente e, dunque, come un comportamento meritevole di essere colpevolizzato.

Il tentativo di superare questa concezione non più accettabile di *compliance* ha portato, in tempi più recenti, a formulare il concetto di *aderenza*, che 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 con-

petto di aderenza considera tutti gli elementi significativi del rapporto interculturale 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) e all'assistenza infermieristica, fino a comprendere gli stessi aspetti di natura organizzativa (la gestione dei tempi, il rispetto delle scadenze per i *follow-up* ecc.).

Cardine di una reale aderenza a un piano di assistenza infermieristica rispettoso dei principi dell'infermieristica interculturale è dunque l'armonico accordo tra infermiere, persona assistita ed entourage in relazione ai valori e ai significati implicati nella definizione degli obiettivi da raggiungere, nella scelta degli interventi e alle stesse modalità di valutazione degli esiti del processo di assistenza. Non a caso, infatti, gli interventi infermieristici sono efficaci se realizzati nel quadro di un'autentica relazione di tipo empatico. In tal modo, il trattamento non si riduce all'individuazione di uno strumento o di un materiale e al suo utilizzo, ma comprende sempre un *complesso di risposte umane*. Il sollievo dal dolore non è dovuto soltanto alle pillole, ma a quelle date con premura e interessamento e, come ha affermato Ivan Cavicchi,

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 che produce il senso della guarigione²².

In sintesi

Il processo di assistenza infermieristica, principale metodo clinico dell'infermiere, è stato presentato anzitutto nelle sue principali caratteristiche costitutive e nel contesto storico-culturale che ne ha visto l'origine.

In un secondo momento, a causa della particolare natura del bisogno di assistenza infermieristica, è affrontato il tema dell'apparente antinomia degli approcci **quantitativi** e **qualitativi** dell'assistenza – tanto nel suo momento **diagnostico** quanto in quello **prescrittivo**. L'identificazione e la risoluzione del bisogno di assistenza infermieristica si fondano, di fatto, sia sulla misurazione di segni appartenenti alla dimensione **bio-fisiologica**, sia sulla raccolta di informazioni appartenenti alle dimensioni **psicologica** e **socio-culturale** del bisogno. La necessità di riferirsi contemporaneamente ad aspetti quantitativi e qualitativi – a strumenti

standardizzati e a ideali pratici orientati alla personalizzazione dell'assistenza – rendono immediatamente evidente la **complessità intrinseca al metodo infermieristico** e sono fonte di dibattito nella comunità scientifica nazionale e internazionale degli infermieri.

Le implicazioni metodologiche della dimensione culturale dell'assistenza infermieristica sono sviluppate principalmente negli ambiti della dimensione relazionale ed educativa dell'assistenza infermieristica e della condivisione con il paziente della fase di pianificazione e di realizzazione degli interventi assistenziali.