

risalire alle ragioni del manifestarsi degli eventi morbosi e di usare la conoscenza eziologica e fisiopatologica per modificare il decorso della malattia.

In secondo luogo, la critica deve essere estesa alle modalità con le quali si realizzano la ricerca e l'interpretazione delle informazioni, che presentano tuttora problemi complessi e non risolti: la parzialità del campo di applicazione delle revisioni sistematiche che, essendo retrospettive, si occupano di sistematizzare questioni già poste e non considerano i problemi di salute emergenti (chi esegue una ricerca bibliografica, in genere, finisce col trovare molto su ciò che non sta cercando e poco o nulla a proposito di ciò che veramente lo interessa); l'effettiva qualità delle stesse revisioni sistematiche e delle linee guida da esse generate, che – in quanto prodotti dell'attività umana – sono esposte ai medesimi errori e imperfezioni delle ricerche che si propongono di revisionare; la mancanza di una formazione specifica degli operatori alla lettura critica e a discernimento nell'utilizzo delle informazioni ricercate.

Infine, bisogna considerare la *questione, particolarmente cara agli infermieri, della distinzione e del rapporto tra conoscenza epidemiologica e conoscenza clinica*. Quest'ultima, infatti, è per definizione una disciplina dell'individuale, che si occupa non di leggi generali, ma di eventi singolari. Il compito fondamentale del medico e dell'infermiere non è comprendere quali siano, in generale, la natura e i caratteri di una malattia o di un bisogno di assistenza infermieristica, ma spiegare perché certi fenomeni di salute si sono effettivamente manifestati in un determinato malato, in un determinato tempo, in un determinato luogo. Come ha affermato Augusto Murri, «l'indicazione del rimedio nasce in noi dopo che abbiamo fatto l'analisi del malato, non dopo che abbiamo dato un nome collettivo al processo che l'affligge»¹⁶.

La conoscenza epidemiologica, derivante dalla metodologia dell'EBM e dell'EBN, corre il rischio di tradursi in una *prassi sanitaria riduzionista, nella quale gli aspetti più complessi e problematici della clinica – a cominciare dal comprendere perché un paziente differisca da altri suoi simili – evaporano e svaniscono*. La tendenza dell'EBN a considerare tipologie di pazienti, e non singoli soggetti, rappresenta il principale limite a una sua reale integrazione con i principi dell'infermieristica interculturale. A questo proposito, Don Flaming, infermiere e ricercatore dell'Università di Calgary, ha recentemente proposto il concetto di *phrónesis* – originariamente elaborato da Aristotele per descrivere la riflessione e l'azione morale e traducibile nella locuzione “saggezza pratica” – per indicare un orientamento alternativo alla pratica infermieristica eccessivamente as-

soggettata alla ricerca delle prove di efficacia¹⁷. Secondo tale autore, la conoscenza che deriva dalla ricerca scientifica è importante ma non può, da sola, orientare la pratica professionale, perché rischia di snaturare lo specifico campo di operatività dell'infermiere.

In contrapposizione a una concezione che valorizza unicamente l'EBN e gli interventi sostenuti da prove di efficacia, l'*infermieristica basata sulla phrónesis rappresenta innanzitutto un richiamo a orientare l'assistenza ai caratteri, ai valori e ai desideri di tipo soggettivo e culturale delle persone assistite*. In effetti, il rischio neoscientista, connesso all'assolutizzazione del valore dei risultati della ricerca scientifica riguarda ancora una volta il tecnicismo, cioè il fatto che gli infermieri potrebbero applicare le indicazioni derivanti da uno studio indiscriminatamente e senza discernimento, solo per il fatto che sono sostenuti da un lavoro di ricerca, rinunciando alla critica circa l'appropriatezza di tali indicazioni a un caso specifico. Una persona che possiede una buona tecnica è brava a “fare” ma, per Aristotele, non è necessariamente brava in ciò che egli definisce “saper fare”, che richiede la considerazione delle implicazioni etiche e sociali di ogni azione e, quindi, la *phrónesis*. Senza di essa, gli infermieri perderebbero l'arte, o il “saper fare”, del nursing.

6.2.2. L'antinomia standardizzazione-personalizzazione

Il dibattito interno alla professione infermieristica sulle prospettive e sulle problematiche connesse all'attività di standardizzazione riconosce un punto di origine nella natura stessa dell'assistenza infermieristica. Essa, infatti, si occupa della salute secondo una visione olistica e non parcellizzata dei problemi di salute del singolo e della collettività e assume il principio della personalizzazione quale elemento centrale di una relazione professionale interculturale, basata sulla comprensione e sul riconoscimento della dimensione soggettiva – biofisiologica, psicologica e socioculturale – dei bisogni di cui il malato è portatore. Spesso si è osservata, in tale dibattito, un'eccessiva e non giustificata polarizzazione delle opinioni verso due estremi: da un lato, lo scadimento della standardizzazione nella formalistica traduzione di un giusto principio (la volontà di codificare modalità di intervento razionali, intersoggettive ed efficaci) in una prassi attenta alla sola sfera biologica dei problemi clinici – quella cioè più facilmente oggettivabile secondo i canoni metodologici propri di un tale approccio –, imponendo così un'organizzazione rigida e routinaria delle attività; dall'altro, l'assunzione di una sorta di “ideologia della

personalizzazione", che comporta il rifiuto a standardizzare qualsiasi intervento assistenziale ("ogni malato è diverso dagli altri, non si possono dare ricette") e spesso è utilizzata come vero e proprio alibi per legittimare l'indisponibilità a misurare l'efficacia delle proprie attività.

Standardizzazione e personalizzazione non necessariamente devono essere considerate come approcci contrapposti e tra loro inconciliabili: è possibile, infatti, concepire e praticare l'assistenza infermieristica come attività personalizzata, cioè rivolta alla persona intesa nella sua totalità ed unicità e nella sua peculiare esperienza di malato, e – ove possibile – standardizzata, cioè orientata alla scelta di quegli interventi che hanno già dimostrato, in situazioni cliniche analoghe, una reale efficacia. A tale proposito, Milos Janicek ha definito il rapporto tra standardizzazione dell'assistenza e soggettività del malato come "il crocevia di clinica, etica ed economia". In tal senso, collegare la convinzione dell'opportunità di perseguire la pratica sanitaria basata sulle prove di efficacia con i valori a cui il malato fa riferimento e con le sue preferenze costituisce il vero fondamento della *best practice*¹⁸. Infatti, non è tanto difficile identificare una "prova di efficacia" capace di raccomandare un comportamento o di sollecitare l'assunzione di una decisione clinica, quanto, piuttosto, riuscire a renderla compatibile con le preferenze tacite o espresse dal paziente. In questo senso, la ricerca qualitativa – spesso fortemente sostenuta da psicologi, sociologi, antropologi e infermieri – può contribuire a una migliore comprensione della realtà, mediante lo studio dei singoli "casi" (le cosiddette narrazioni e *clinical situations*). Ecco, dunque, che la costante attenzione alla personalizzazione dell'assistenza, tipica della moderna dottrina infermieristica, può riorientare i più moderni modelli di standardizzazione verso soluzioni non deterministiche ma sistemiche, cioè basate su una visione olistica della persona assistita e dei suoi bisogni di salute, non rigide ma flessibili, non meramente tecniche ma professionali.

L'infermieristica – ha affermato Duilio F. Manara¹⁹ – non può limitarsi all'appropriatezza e all'efficacia dell'assistenza, ma deve comprendere l'*adeguatezza*, che si realizza nella profonda comprensione dei bisogni della persona e nella sua effettiva *partecipazione* alle decisioni e all'attuazione del piano di assistenza. L'*adeguatezza* si esprime dunque nella valutazione, da parte della persona assistita, della congruenza delle azioni assistenziali rispetto al bisogno percepito e ai valori e ai significati ad esso collegati. Per raggiungere tale risultato, all'applicazione rigidamente ideologica dell'EBN occorre sostituire una sorta di "incertezza metodolo-

gica", intesa come esercizio di flessibilità e di vero discernimento clinico, al di là degli schematismi e della monumentale sicurezza dei trattati.

6.3. Le implicazioni metodologiche della dimensione culturale dell'assistenza infermieristica

La malattia è un fenomeno della vita che può essere considerato sia nella sua forma soggettiva, come stato di sofferenza o di afflizione esistenziale della persona, sia nella sua forma 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 e 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 produrre 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 malato²⁰. Per fronteggiare tale limite secondo un orientamento congruente con i principi