

Capitolo 6. Le problematiche metodologiche dell'assistenza interculturale

1. Il *processo di assistenza infermieristica* può essere sinteticamente definito come il *metodo clinico dell'assistenza infermieristica*, cioè l'insieme unitario delle regole che l'infermiere utilizza allo scopo di identificare e affrontare i problemi di salute di propria competenza manifestati dalla persona assistita. Esso rappresenta, di fatto, un'applicazione del *problem solving* all'assistenza infermieristica. Per un approfondimento, si veda P. C. Motta, *Introduzione alle scienze infermieristiche*, Carocci, Roma 2002.
2. Recuperando il significato etimologico del termine (dal greco *klinè*, "letto"), il metodo "clinico" è quello che si svolge "al letto" e dunque è semplicemente sinonimo di "pratico", "applicato" ai problemi di un caso concreto.
3. «Il risultato della prestazione infermieristica – la soddisfazione di un bisogno – non è raggiunto *nonostante* il cliente, a partire cioè da un'autorità professionale legittimata a esprimere un giudizio categoriale esterno su di esso. La personalizzazione dell'assistenza infermieristica – la risposta a *quel* bisogno di assistenza infermieristica di *quella* persona – richiede una capacità di giudizio interna, cioè del cliente stesso. Non già una diagnosi monocratica, ma un dialogo partecipato tra professionista e cliente, una comunicazione autentica sono condizioni di qualità dell'assistenza infermieristica. Poiché questa concezione umanistica dell'assistenza infermieristica rifiuta ogni prospettiva deterministica, alla soggettività del bisogno espresso dal cliente si deve così offrire non la rigidità di mansioni e procedure standardizzate, ma l'eticità della prestazione infermieristica. La comunicazione insita nella raccolta dei dati, la formulazione consensuale degli obiettivi, la stessa scelta delle azioni infermieristiche e la valutazione della qualità dell'assistenza sono cioè opzioni professionali e non tecniche se fondate sulla libertà di scelta del cliente, di cui il consenso informato rappresenta un primo traguardo» (P. C. Motta, *La formazione etica dell'infermiere in tema di comunicazione e consenso*, in P. Cattorini, R. Sala (a cura di), *L'infermiere e il consenso del malato. Questioni di bioetica*, Rosini, Firenze 1988).

4. L'approccio sistemico riconosce, indipendentemente dalle discipline che lo applicano, alcuni assunti di base, aventi validità generale: la realtà studiata è sempre costituita da un complesso di fenomeni; tali fenomeni (o elementi) sono fra loro connessi da molteplici relazioni; le connessioni fra le variabili hanno carattere di funzionalità, e non di causalità; elementi e relazioni sono spesso organizzati in funzione di risultati. Per un approfondimento della teoria dei sistemi, cfr. L. von Bertalanffy, *Teoria generale dei sistemi*, ISEDI, Milano 1975.
5. «Il processo di assistenza infermieristica trae la sua origine dall'applicazione nella disciplina infermieristica dei principi del metodo [...] comunemente conosciuto come *problem solving*». Esso permette all'infermiere «di esercitare le proprie capacità di tipo decisionale in merito all'attività di classificazione delle situazioni problematiche professionali e di applicazione di modelli infermieristici comportamentali, le prestazioni infermieristiche, in grado di risolvere i bisogni di assistenza infermieristica della collettività. Il processo di assistenza infermieristica è applicabile, nel suo significato metodologico, all'interno di ogni ambito della professione ed entro qualsiasi struttura logico-concettuale della disciplina» (M. Cantarelli, *Il Modello delle prestazioni infermieristiche*, Masson, Milano 1996, p. 47; cfr. anche E. Manzoni, *Storia e filosofia dell'assistenza*, Masson, Milano 1996, pp. 168-73).
6. Il D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225, conosciuto con il termine di "Mansionario", elencava le attribuzioni organizzative, amministrative e assistenziali cui l'infermiere era obbligato ad attenersi e, di fatto, rappresentava la principale barriera a difesa dello specifico delle altre professioni sanitarie e dei medici in particolare. Il mansionario del 1974 è stato abrogato dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42.
7. Tale situazione pare la versione "infermieristica" del tradizionale dilemma tra *fatti oggettivi* e *interpretazioni soggettive*, che ha fatto discutere, e litigare, generazioni di studiosi appartenenti, da un lato, alle scienze naturali e, dall'altro, alle scienze storico-sociali. Per un approfondimento della questione cfr. L. Gallino, *L'incerta alleanza. Modelli di relazioni tra scienze umane e scienze naturali*, Einaudi, Torino 1992.
8. Per un approfondimento della standardizzazione nel mondo sanitario, cfr. P. C. Motta, *La standardizzazione delle conoscenze, dei processi e delle attività nell'infermieristica: un inquadramento concettuale e metodologico*, "Nursing Oggi", 4, 2003, pp. 14-20.
9. W. Rosenberg, A. Donald, *Evidence-based Medicine: An Approach to Clinical Problem Solving*, in "British Medical Journal", 310, 1995, pp. 1122-6.
10. La statunitense Rand Corporation definisce un intervento clinico come appropriato quando è in grado di garantire, con ragionevole probabilità, più beneficio che danno alla persona assistita. L'appropriatezza è dunque la caratteristica di un prodotto o di un servizio che definisce lo stesso adatto, pertinente, coerente e conveniente per lo scopo per cui è erogato.

11. L'efficacia rappresenta il confronto tra obiettivi stabiliti e risultati effettivamente conseguiti.
12. L'efficienza rappresenta il confronto tra risultati conseguiti e risorse impiegate.
13. «Non c'è ragione per ritenere che la metodologia scientifica sviluppata per la realizzazione degli studi clinici controllati non possa applicarsi anche alle attività infermieristiche. [...] Così come in medicina vogliamo che gli interventi siano basati sull'evidenza, sulle prove e su solidi dati scientifici anziché sulle impressioni o sulla tradizione, anche l'assistenza infermieristica deve essere basata sull'evidenza. L'augurio è che ciò possa avvenire in tempi rapidi e con la partecipazione di molti» (S. Garrattini, *Ricerca: un investimento per crescere*, in "L'Infermiere", 1, 2000).
14. L'eccessivo entusiasmo di cui gode attualmente l'EBN rischia di accompagnarsi a una vera e propria deriva ideologica. Come ha recentemente affermato Ivan Cavicchi, qualsiasi enunciato su ciò che è clinicamente corretto o scorretto, implica un conseguente enunciato su ciò che medici e infermieri dovrebbero o non dovrebbero fare. La prova clinica diviene dunque la premessa del dovere professionale e apre in tal modo le porte a un nuovo fondamentalismo.
15. A tale proposito, il filosofo Antonio Rosmini ha scritto: «Due grandi scopi distinguono la medicina analitica da quella sintetica. [...] Il medico che brama di ottenere il fine dell'arte può mettersi in una delle due vie. Può persuadersi di riuscire a conoscere il modo di guarire le malattie studiando che cosa esse siano in se stesse (medicina analitica), ma può anche persuadersi di riuscire a conoscere il modo di guarire le malattie studiando gli indizi, che ne dimostrano il progresso verso il meglio o verso il peggio, senza darsi cura di saper positivamente come ciò avvenga; e questa noi chiamiamo "medicina sintetica", come quella che si propone di conoscere l'effetto complessivo dei rimedi» (citato in G. Federspil, C. Scandellari, *A proposito di Evidenza. La medicina basata sulle evidenze. Un'analisi epistemologica*, in "Medic", 1, 1999).
16. A. Murri (a cura di), *Quattro lezioni e una perizia. Il problema del metodo in medicina e biologia*, Zanichelli, Bologna 1972.
17. Cfr. D. Flaming, *Using phronesis instead of "research-based practice" as the guiding light for nursing practice*, in "Nursing Philosophy", 2, 2001, pp. 251-8. Cfr. inoltre D. Moranda (a cura di), *La "saggezza pratica": una guida alternativa all'esercizio basato sulla ricerca per l'assistenza infermieristica*, in "Nursing Oggi", 1, 2002; D. F. Manara, *Il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica. L'assistenza come saggezza pratica*, in "Nursing Oggi", 3, 2002, pp. 16-28; 4, 2002, pp. 18-27.
18. Cfr. M. Janicek, *Casi clinici ed Evidence-based Medicine*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2001.
19. Cfr. D. F. Manara, *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*, Lauri, Milano 2000.

20. «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 misura, 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, p. 63 e pp. 141-3).
21. Cfr. M.-F. Collière, *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Inter-Editions, Paris 1982, pp. 129-30 (corsivo aggiunto).
22. Cfr. I. Cavicchi, *La medicina della scelta*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000, pp. 15-6.