

# “Il contributo delle discipline infermieristiche”

**duilio f. manara**

Infermiere, Direttore della didattica professionale, Corso di Laurea in Infermieristica,  
Università Vita-Salute San Raffaele, Ospedale San Raffaele srl, Milano.  
Email: manara.duilio@hsr.it



Questo scritto prende le mosse da una relazione tenuta alla recente Giornata di studio organizzata dalla Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) e dalla Associazione Svizzera Infermieri (ASI-SBK – Sezione Ticino), dal titolo “L’infermiere di oggi e di domani – la qualità, le prassi, le tecnologie”. In quel contesto, la relazione chiudeva una giornata ricca di contributi interessanti, e si poneva l’obiettivo di mettere in evidenza alcune tracce di interpretazione sul percorso svolto e di prospettiva per il lavoro che ci aspetta per il futuro. Seguendo questa intuizione, la domanda che ci pone il titolo dell’intervento è questa: quale è il contributo fornito dalle discipline infermieristiche nell’evoluzione della qualità, delle prassi e delle tecnologie della sanità contemporanea? O ancora, più provocatoriamente: le discipline infermieristiche sono davvero il motore dello sviluppo nei settori che più stanno a cuore agli infermieri di oggi? Quanto pesano nell’evoluzione tecnologica travolgente, nel confronto continuo tra prassi abitudinarie e innovazioni e specializzazioni evidence-based, nella richiesta di qualità non solo formale e procedurale, ma anche sostanziale – tra sistema di costi e benefici e rispetto della fragilità della persona con problemi di salute? Inizieremo questo contributo problematizzando il concetto di “discipline infermieristiche”, per poi riflettere attorno alle possibili specializzazioni emergenti, affrontando così il tema della differenza tra specializzazione, evoluzione ed espansione del ruolo professionale nella sanità multidisciplinare. E infine parleremo degli spazi ancora consentiti (e necessariamente da presidiare) tra i saperi del nursing (scienza, ontologia ed etica) e le pulsioni pressanti dell’innovazione continua della medicina di oggi.

## ***Discipline infermieristiche al plurale?***

Il titolo suggerisce che esistano tante discipline infermieristiche. E’ così? A parere di Karl Popper, le discipline non dovrebbero nemmeno esistere e, se proprio, esse sono definite dal problema che cercano di risolvere proponendo soluzioni confutabili empiricamente (Popper, 1972, 118-119). Le discipline servono per far ordine nelle cattedre universitarie, dice Popper, sono utili nel definire i piani di studio dei corsi universitari: sono “contenitori di teorie” che nel tempo sono state avanzate per risolvere un determinato enigma teorico o pratico. Infatti, sul campo – nelle discipline pratiche – se le teorie (e con esse le discipline che le contengono) non servono a rispondere ai problemi dei professionisti, esse sono da questi, inevitabilmente, abbandonate. Secondo Donald Schön siamo legati ad una epistemologia della pratica professionale che ci lascia incapaci di spiegare, o persino di descrivere, competenze alle quali attualmente attribuiamo estrema importanza (Schön 2006a, 48; Schön 2006b). Queste epistemologie tradizionali si rifanno ad un modello di “razionalità tecnica” che secondo Schön è ormai insufficiente a spiegare le dinamiche di scelta in situazioni di rischio ed incertezza nelle quali si trova ad agire il professionista. Dal un punto di vista della razionalità tecnica, la pratica professionale è un processo di soluzione dei problemi, e certo tutta la storia dell’assistenza infermieristica è legata a questa impostazione: pensiamo al dibattito sulle diagnosi infermieristiche, alla ricerca degli interventi con maggiori riscontri di evidenza clinica e alla misurazione

dei risultati sensibili al lavoro degli infermieri. Ma davvero è tutto qui? Per Schön questa enfasi sulla *soluzione* del problema, ci allontana da una corretta *impostazione* del problema (Schön 2006a, 67-68). Nella realtà della pratica, i problemi non si presentano al professionista come dati di fatto neutri rispetto al processo razionale con il quale si sono ricercati, ma come elementi che devono essere costruiti a partire dai materiali presenti nella situazione, e i vissuti, i sentimenti e i valori dei protagonisti in gioco sono a volte determinanti e fanno la differenza nelle decisioni cliniche, purché trovino qualcuno che abbia il coraggio di esprimerli, e di permettere loro di fare il proprio lavoro nella situazione.

Se non si riflette sufficientemente a fondo sul problema che origina una disciplina, in un settore giovane e ancora confuso come l'infermieristica, il rischio è di diventare terra di conquista per altre professionalità (ad esempio nel campo educativo sanitario o in alcune nicchie cliniche come le *wound care*), o di parcellizzare le proprie competenze in specialità tecniche che perdono il senso generale della professione (ad esempio l'infermiere ecografista, l'esperto per i PICC, *Peripherally Inserted Central Catheters* ecc.). Ovviamente ognuno è libero di coltivare le proprie posizioni al riguardo, tuttavia è bene sapere che in una sanità multi-professionale e iperspecialistica come quella che si prospetta sempre più nel futuro occorrerà sapersi sempre più destreggiare con il *Knowledge management*, come vedremo più avanti. Ivan Cavicchi, ad esempio, propone per la sanità un'unica grande professione svolta da decine di profili professionali simili ma differenti, dal medico al podologo (Cavicchi, 2011). Per noi, intanto, seguendo le riflessioni dell'*American Nurses Association* e di altri colleghi occorre distinguere cosa è *specializzazione* (l'approfondimento tecnico di un settore della disciplina) e cosa è l'*estensione* del ruolo professionale (l'approfondimento e la crescita continua del sapere sul proprio problema disciplinare): la tensione continua tra questi poli, in una dinamica tuttavia unitaria, crea l'*evoluzione* del sapere disciplinare – e con esso, la crescita del ruolo professionale (Danieli & Saiani, 2006).



## ***Le sfide della sanità contemporanea e la tenuta dei saperi disciplinari***

E noto che la sanità contemporanea richiede a tutte le professioni sanitarie, soprattutto nel conteso ospedaliero, di cogliere alcune sfide ormai incalzanti per la tenuta del sistema (Lega, 2013):

- a) *l'Asset management*: cioè la migliore modulazione ed organizzazione dei *setting* assistenziali (aree di degenza, ambulatoriali, territoriali ecc.) e la ricerca della massima appropriatezza ed efficienza nel loro uso (sala operatoria, posto letto, cure domiciliari ecc.);
- b) *il knowledge management*: cioè il presidio organizzativo delle scelte strategiche in merito allo sviluppo dei saperi, delle specializzazioni e delle competenze professionali. Tale "gestione" dei saperi deve garantire da un lato capacità di risposta alla domanda di salute dei pazienti attuali dell'ospedale, dall'altro il mantenimento nel tempo e la crescita dell'attrattività, competitività e tenuta di mercato;
- c) *il disease management*: cioè l'erogazione di un percorso di cura che sia efficace ed appropriato rispetto ai bisogni del paziente, ottimizzato nei contenuti con l'eliminazione delle attività che non producono valore, standardizzato ove possibile, fondato su algoritmi decisionali *evidence-based* dove esistono evidenze certe. Per garantire un *disease management* eccellente è inoltre necessario che ricerca e didattica siano collegati ai processi di cura.

Queste dinamiche, per i motivi espressi più sopra, porteranno ad una grande tensione tra le professioni non solo nella definizione dei confini delle rispettive competenze professionali (vedi il grande dibattito sulle competenze avanzate dell'infermieristica in atto in Italia in questi mesi), ma soprattutto in termini di gestione del *Knowledge management*. E' la conoscenza – in termini di ricerca, sperimentazione continua e tensione all'innovazione clinica (*Translational research* e *Clinical teaching*) – che determinerà la crescita o la contrazione di un corpo professione nella sanità del futuro.

E' questo contesto che ci spinge ad interrogarci circa lo stato di salute della nostra disciplina, e se il suo contributo alla salute dei nostri pazienti. Alcuni affermano che il movimento legato all'*Evidence-Based Practice* sia un nuovo "paradigma" della medicina o dell'infermieristica. Si tratta di una visione tanto limitante (impedisce l'estensione dei ruoli professionali) quanto impoverente (sminuisce l'impatto delle relazioni interpersonali) delle pratiche di cura. Altri non colgono la necessità di porre energie nell'approfondire la specificità dell'assistenza infermieristica nel percorso interdisciplinare di cura del paziente, dimenticando che "la vera interdisciplinarietà [...] si costruisce a partire dalle discipline e rispettando la serietà e l'impegno della loro tecnicità di indagine. [...] Non si può costruire l'interdisciplinarietà se non sulla base di una solida competenza disciplinare" (Agazzi, 1984, 111.131).

A mio modo di vedere, per l'infermieristica italiana vale quanto diceva per quella americana June Kikuchi più di vent'anni fa: "la scienza regna sovrana nel mondo della ricerca infermieristica" (Kikuchi, 1992). Dimenticando con ciò che la scienza non è l'unico sapere coinvolto nelle pratiche assistenziali, soprattutto quelle di eccellente livello clinico-assistenziale (Benner, 1984).

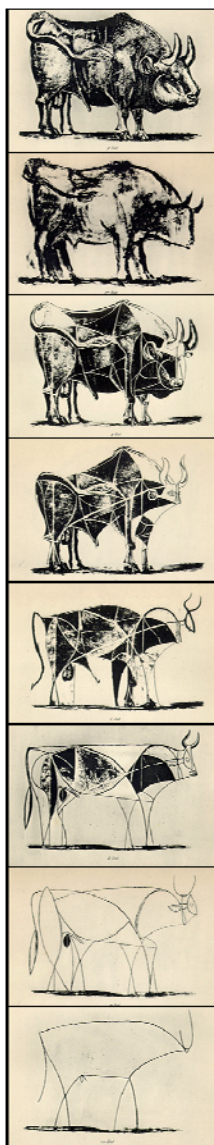
Per Kikuchi, e in modo ormai abbastanza accreditato a livello internazionale, i saperi che sostengono una buona pratica infermieristica sono tre: *epistemologico* (lo studio del tipo di conoscenza, soprattutto scientifica, necessaria alla risoluzione dei problemi assistenziali), *ontologico* (lo studio della natura della pratica infermieristica, nel panorama delle diverse professionalità sanitarie) e *etico* (lo studio dei problemi etici e morali legati alla prassi infermieristica) (Kikuchi, 1992). L'armonia e l'integrazione tra questi saperi è necessaria ad ogni buona pratica, così come si è reso evidente negli studi di Patricia Benner (1984; Benner et al., 1999; Benner et al. 2009). Ma credo sia parimenti vero che il loro sviluppo, altrettanto armonico e integrato, sia segno della salute della disciplina infermieristica in un dato paese.

### ***Scorci per un'infermieristica possibile***

Uno sviluppo armonico dell'epistemologia, ontologia ed etica dell'assistenza infermieristica è quindi espressione della buona salute della nostra professione. Una professione che non si richiuda in sé stessa, che resista alle tentazioni secessioniste delle sue specialità e si presenti alla pari delle altre professioni di fronte al paziente, sapendo dare il proprio contributo.

Viceversa, se non stiamo attenti, rischiamo che succeda alla nostra pratica quello che succede iconograficamente in una famosa serie di litografie di Pablo Picasso. Nel 1945 il grande pittore eseguì una serie di litografie che ritraevano un toro (fig. 1), nelle quali l'individualità del soggetto ritratto viene progressivamente annullata alla ricerca dai tratti generali che contraddistinguono ogni toro.

< Fig. 1: Pablo Picasso, El Toro, 1945, Serie de litografías >



Al contrario, nella clinica infermieristica – come in quella di tutte le discipline della medicina – occorre ricostruire nell'identità del particolare l'efficacia e la potenza esplicativa del generale. Occorre coltivare un'idea unitaria, armonica e integrata, di tutti i saperi che sostengono la buona prassi infermieristica: scienza, ontologia ed etica. Come fa ad esempio Patricia Benner quando definisce l'assistenza infermieristica (ed è una presa di posizione ontologica) come “pratica di *caring* nella quale la *scienza* è guidata dall'*arte morale* e dall'*etica* della *responsabilità*” (Benner & Wrubel, 1989, xi, corsivo mio).

In questa definizione *tutte* le forme di conoscenza che sostengono le competenze di cura sono implicate e coinvolte nella situazione pratica: quelle esplicite e quelle tacite, quelle formali e quelle informali, quelle scientifiche e quelle umanistiche, quelle razionali e quelle affettive (Benner & Wrubel, 1989, 1; Kittay & Feder, 1999; Zannini, 2008; Benner et al., 2010; Mortari, 2006).

L'uso della disciplina nella clinica non dovrebbe essere “ipotetico-deduttivo”, ma “pratico-deduttivo” (Cavicchi 2011, p. 146, corsivo mio): gli elementi concreti della singola situazione clinica, a partire dalle individualità che caratterizzano tanto il sanitario quanto il paziente, dovrebbero essere meglio esplicitati di come sono ora nella clinica. Scrive Cavicchi: “Nel ragionamento pratico-deduttivo la logica deve partire dall'*esperienza* della relazione e passare per l'*intenzionalità* dei soggetti. Nel ragionamento ipotetico-deduttivo la logica ha la forma di una dipendenza epistemologica dalla razionalità, quindi prescinde da tutto il resto. La grande differenza tra una clinica povera e una clinica ricca non consiste nell'*uso* della logica, che resta fuori discussione, ma dal *modo* di usarla dentro una relazione” (Cavicchi, 2011, 146-147).

In ogni situazione di cura siamo continuamente bombardati da stimoli esterni che attivano la nostra attenzione e il nostro pensiero. La formazione professionale che abbiamo ricevuto ci ha insegnato quali fenomeni ricercare e apprezzare, e quali invece scartare in funzione di ciò che vogliamo (ad esempio nel momento diagnostico si pone attenzione ai dati dell'anamnesi, ai segni e sintomi, ai valori di un esame ecc.). Per far questo, abbiamo sviluppato

nel tempo il pensiero logico formale che ci aiuta a classificare, scegliere, ponderare le alternative e trovare la soluzione migliore da un punto di vista razionale e probabilistico. Eppure, nelle situazioni di cura, emozioni, valori e sentimenti non possono essere esclusi e ci sorprendono nei momenti meno opportuni e in ambiti spesso ai confini del nostro profilo professionale, segnalando a volte situazioni di imbarazzo o di disagio morale. Un punto essenziale è quindi lavorare attorno alla *saliencia* di ogni situazione assistenziale, intendendo con questo termine “un crescente e differenziato senso delle priorità nella pratica infermieristica” (Benner et al., 2010, 94). La salienza è determinata dal contesto e dalla capacità del singolo di reagire – con le proprie conoscenze, esperienze e capacità interpretative – a ciò che avviene nella situazione. Sviluppare la salienza della cura corrisponde a sviluppare nel professionista “l’abilità ad usare le conoscenze per aumentare la sua comprensione di ciò che significa quella particolare situazione di pratica clinica e rendere più facile le sue riflessioni sul contesto [*situated cognition*], così come il pensiero in azione” (ibidem).

Parafrasando Quine (“No entity without identity”), noi infermieri dovremmo dire: “No evidence without salience”: nessuna evidenza senza salienza, senza attribuzione di senso – soprattutto etico – alle pratiche di cura (Manara, 2013; Manara et al., 2014). E’ in questo modo che la conoscenza scientifica, chiaramente indispensabile, è guidata dall’arte morale e dall’etica della responsabilità ad incontrare l’unicità dei bisogni della persona assistita.

### **Conclusioni**

Flaming (2004) sostiene che l’infermieristica del novecento è stata caratterizzata da “un’ontologia debole”, ovvero da una scarsa riflessione sulla natura dell’assistenza, e oggi abbiamo sostenuto che la stessa epistemologia infermieristica è quanto meno ancora fragile. Ora non vorrei che il lettore concludesse di sentirsi escluso dal lavoro prioritario che occorre svolgere, aspettando i chiarimenti di filosofi, epistemologi e ricercatori vari. Tutt’altro. La nostra fortuna – e soprattutto la fortuna dei nostri pazienti – è che la vera differenza nella qualità delle cure infermieristiche è data dalla capacità del singolo infermiere clinico di operare una sintesi tra questi saperi. Anche se lui stesso non ne è consapevole, essi sono al lavoro in ogni decisione clinica. E’ questa consapevolezza nell’utilizzo contestuale ed etico delle conoscenze professionali che occorre sviluppare per essere all’altezza della complessità delle cure (Benner et al. 2009; Benner et al. 2010; Cavicchi, 2011) perché, come diceva Virginia Henderson, chiudendo il suo libro più famoso (*The nature of nursing*, 1966, p. 69), “Infine, e fondamentalmente, la qualità delle cure infermieristiche dipende dalla qualità di chi le offre”.

La pratica clinica, in quest’ottica, diventa davvero un percorso di ricerca e il singolo infermiere, senza aspettarsi una soluzione dall’alto, diventa davvero – come deve essere – un “ricercatore clinico” (Henderson & Nite, 1968; Evans, 1980), e il vero protagonista della qualità della propria assistenza.

Come scrive Donald Schön (2006a, 94):

Quando qualcuno riflette nel corso dell’azione, diventa un ricercatore operante nel conteso della pratica. Non dipende dalle categorie consolidate della teoria e della tecnica, ma costruisce una nuova teoria del caso unico. La sua indagine non è limitata a una decisione sui mezzi dipendente da un preliminare consenso sui fini. Egli non tiene separati i fini dai mezzi, ma li definisce in modo interattivo, mentre struttura una situazione problematica. Non separa il pensiero dall’azione, ragionando sul problema sino a raggiungere una decisione che successivamente dovrà trasformare in azione. Poiché la sua sperimentazione rappresenta una sorta di azione, l’implementazione è costruita nell’ambito dell’indagine. Così la riflessione nel corso dell’azione può procedere, anche in situazioni caratterizzate da incertezza o unicità, perché non è limitata dalle dicotomie della razionalità tecnica.

Ogni incontro tra infermiere e paziente è quindi l’inizio di un percorso di ricerca nel quale la ricerca della migliore soluzione va costruita a partire dalle categorie e dalle indicazioni offerte dalla scienza, quando disponibili, ma non fermandosi ad esse. La soluzione migliore è quella che tiene necessariamente conto del potere decisionale del paziente e dell’infermiere, entrambi consapevoli dei valori in gioco nella situazione, sapendo, come diceva Bachtin, che “il criterio della profondità della comprensione [è] uno dei criteri supremi della conoscenza nelle scienze umane” (Bachtin, 1988; cfr. Benner et al. 1994; Manara, 2000, 207; Mortari, 2006).

## Riferimenti

- AGAZZI E (1994) *Cultura scientifica e interdisciplinarietà*, Ed. La Scuola, Brescia.
- BACHTIN M (1998) *Per una filosofia dell'azione responsabile*, Manni Editore, Lecce.
- BENNER PE, (1984) *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*, Addison-Wesley, Menlo Park.
- BENNER PE, ed (1994) *Interpretive phenomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness*, Sage publications, London.
- BENNER PE, HOOPER-KYRIAKIDIS P, STANNARD D (1999) *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A Thinking-In-action Approach*, Saunders Company, Philadelphia.
- BENNER PE, SUTPHEN M, LEONARD V, DAY L (2010) *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*, Jossey Bass-Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, San Francisco, CA.
- BENNER PE, TANNER CA, CHESLA CA (2009), *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics*, 2<sup>nd</sup> ed, Springer Publishing, New York, NY (1<sup>st</sup> ed. 1996).
- BENNER PE, WRUBEL J (1989) *The primacy of Caring* Chapter one, Addison -Wesley, Reading, MA.
- CAVICCHI I (2011) *Una filosofia per la medicina. Razionalità clinica tra attualità e ragionevolezza*, Dedalo, Bari.
- DANIELI G, SAIANI L, eds (2005) "Guida alla preparazione dei Corsi di Laurea Magistrale delle professioni sanitarie", Atti meeting d'autunno Conferenza permanente delle Classi di laurea delle professioni sanitarie, 13-15 ottobre 2005, Ancona, in *Med. Chir*, 2006, n. 31, pp. 1215-1230.
- EVANS D (1980) "Ever nurse as researcher: an argumentative critique of principles and practice of nursing", *Nurs For*, 19, pp. 337-49.
- FLAMING D (2004) "Nursing theories as nursing ontologies", *Nursing Philosophy*, 5, pp. 160-174.
- HENDERSON V, NITE G (1968) *Principles and practice of nursing*, Macmillan Co., New York.
- KIKUCHI JF (1992) "Nursing questions that Science cannot answer", in J.J.F. Kikuchi, Helen Simmons, eds, *Philosophic inquiry in nursing*, Sage Publications, Newbury Park, California, pp. 26-32, anche in REED Pamela G, CRAWFORD SHEARER Nelma, NICOLL Leslie H, eds, *Perpectives on nursing theories*, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, PA, 2004, pp. 23-30.
- KITTAY EF, FEDER EK, eds (2002) *The subject of care. Feminist perspectives on dependency*, Rowman & Littlefield Publishers, Lanham (Md).
- LEGA F (2013) "Oltre i pregiudizi e le mode: natura e sostanza dell'innovazione organizzativa dell'ospedale", in *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto Oasi 2012, CER GAS, Università Bocconi, Milano, 2013, pp. 503-522
- MANARA DF (2000) *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*, Lauri Edizioni, Milano.
- MANARA DF (2007) "Un grimaldello per scardinare le nostre gabbie mentali: la filosofia dell'assistenza infermieristica", *Nursing Oggi*, n. 4, pp. 6-20.
- MANARA DF (2013), "Le cure infermieristiche", Atti II Congresso Nazionale Associazione Italiana Infermieri di Area oncologica (AIIAO), *L'infermiere in oncologia tra management e pratica clinica: quale futuro?*, Napoli, 24/25-05-2013
- MANARA DF, VILLA G, MORANDA D (2014) "In search of salience. Phenomenological analysis of moral distress", *Nursing Philosophy*, Feb. 15.
- MORTARI L (2006) *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano.
- POPPER KR (1972) *Congetture e confutazioni*, Il Mulino, Bologna.
- ZANNINI L (2008) *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Raffaello Cortina, Milano.