

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/273769894>

L'inquadramento epistemologico della disciplina infermieristica

Article · January 1999

CITATIONS

0

READS

280

1 author:



Duilio Manara

Università Vita-Salute San Raffaele

21 PUBLICATIONS **38** CITATIONS

SEE PROFILE

Duilio Manara

L'inquadramento epistemologico della disciplina infermieristica

Spero che il titolo dell'articolo, che appare così impegnativo ed altisonante, non spaventi qualche collega inducendolo a non procedere oltre nella lettura. Sbaglierebbe. E sbaglierebbe in quanto non è certo la rinuncia ad affrontare le cose difficili che ci farà – personalmente e professionalmente – maturare. (Seneca, al proposito, affermava che “noi non osiamo non perché le cose in sé siano difficili, ma, al contrario, esse lo sono perché noi non osiamo abbastanza!”). Ma nulla ci vieta di semplificare – spero non superficialmente – le cose difficili, e su ciò che crediamo di aver acquisito, aprire il confronto ed il dibattito con i colleghi.

Ed allora mi affretto subito a tradurre questo titolo in parole più semplici. La domanda alla quale spero di aprire spazi di dibattito è la seguente: *Che tipo di “sapere” è quello che permette all’infermiere di fare il suo lavoro?* È un “sapere” scientifico o artistico, o ancora puramente empirico? E se è *scientifico*, come timidamente si mormora, che tipo di scienza è? Su quale versante delle scienze può essere collocato questo sapere, e perché? E ancora: quali sono le conseguenze pratiche, formative ed euristiche (per non dire della politica professionale e sanitaria) di questa classificazione “epistemologica”?

Tanto basta per aprire prudentemente una nota cautelativa. Le osservazioni che seguono non pretendono certo di essere esaustive su cotanti argomenti. Di epistemologia, o meglio, di filosofia della scienza, i filosofi discutono da millenni: già nel *Teeteto* (148E) Platone si chiedeva quale fosse la differenza tra

conoscenza vera (*épisteme*) e semplice opinione personale (*dóxa*); e la questione, a quanto pare, non può dirsi affatto risolta neppure alle soglie dell’era post-moderna. Mentre da un punto di vista storico-sociale è ormai risaputo che sono la scienza e la tecnica le vere eredi della religione, da un punto di vista filosofico la discussione sulla natura della conoscenza scientifica, sui suoi scopi e sui suoi metodi continua vivacissimo anche ai giorni nostri. A complicare ulteriormente la nostra impresa occorre anche ammettere la giovanissima età della nostra disciplina, che in Italia vanta poco più di un decennio di vita.

Quanto al “sapere infermieristico” credo che, ancor prima di iniziare, tutti gli infermieri possano dirsi d’accordo almeno su un’affermazione di ordine generale – se non altro per esperienza diretta. Il sapere infermieristico non è un tipo di conoscenza di semplice acquisizione. Non si nasce infermieri, ma lo si

D. Manara

*Docente di
Infermieristica
Generale, DUI presso
Univ. “Vita Salute”,
Osp. “S. Raffaele”,
Milano*

diventa; e la nostra professione non è una professione facile né lo è per tutti.

Le vecchie "direttrici" e "monitrici" delle ormai superate "Scuole per infermieri" ci hanno martellato per tre anni sul *sapere*, sul *saper fare* e sul *saper essere* richiesti all'infermiere... Ricordo che, allora, queste espressioni suonavano strane ai nostri orecchi di adolescenti: non meglio specificate (se non con una rigida indicazione comportamentale...) esse suscitavano a volte imbarazzo e, non raramente, qualche occhiata ironica. Il *saper fare* era chiarissimo; in classe ci insegnavano le "tecniche infermieristiche" ed il tirocinio ci formava "a portare avanti il lavoro": in fretta e bene, senza troppo guardare alle mansioni di questa o quella figura e soprattutto senza farsi troppe domande... Anche il *saper essere* era facilmente intuibile: in classe si affrontava (e si digeriva) il codice deontologico. I più fortunati potevano godere di una contestualizzazione di ordine etico-morale di ampio respiro, i meno si sorbivano lezioni monografiche su trapianti, aborto, eutanasia, pianificazione familiare, ecc. (lezioni queste che nei casi peggiori frustravano coscienze e intelligenze fornendo facili "indicazioni d'uso" preconfezionate). Il *sapere* era decisamente ed esclusivamente riservato alle "materie" di insegnamento, come è noto tipicamente bio-mediche con una spruzzatina umanistica nelle ore di psico-pedagogia o di sociologia. Il termine "nursing", poi, risultava di gran lunga più criptico dei fattori della coagulazione del sangue o dell'equilibrio idro-elettrolitico della cellula. Insomma: se qualche buontempone ci avesse chiesto quale fosse la "materia" centrale (o come si dice oggi, quali erano i contenuti "professionalizzanti") della nostra formazione, credo che dopo averlo squadrato da capo a piedi come un extraterrestre, la maggioranza di noi avrebbe risposto compatta e convinta: "la medicina!" (salvo poi offenderci se venivamo chiamati paramedici...).

Il risultato di questo diuturno e difforme bagaglio formativo è l'attuale e diffusa *confusione* sulla nostra identità, evidente in particolare quando si affrontano temi squisitamente infermieristici. Anzi, proprio attorno a questi non è inusuale trovare in molti infermieri non solo confusione, ma spesso dissenso, contraddizioni ed una abbondante dose di franca ignoranza. (Quest'ultima caratteristica, sia beninteso, non risparmia alcuna fascia della profes-

sione, e può capitare di rinvenirla anche presso colleghi cosiddetti "altolocati" e in costosi convegni o in certi articoli in carta patinata...).

Insomma, ogni attività dell'uomo è caratterizzata dalla *conoscenza*, da tipologie particolari di "saperi": il saper suonare – poniamo – il violino richiede abilità e competenze diverse dal saperlo costruire, ed ancora differenti dal saper comporre musiche per questo strumento, ed ancora altre per criticarne vuoi la composizione vuoi la singola esecuzione, e via di seguito. Anche la conoscenza che è alla base dell'assistenza infermieristica – acquisita dagli infermieri con la formazione d'aula e la pratica del tirocinio – deve essere spiegata: che cos'è quest'*infermieristica* di cui parlano gli ordinamenti didattici del Diploma universitario per Infermiere? È davvero una disciplina scientifica? E perché? Ma, poi... chi l'ha detto?

Il problema della demarcazione e il ventaglio conoscitivo delle scienze

Storicamente sono due i principi che sono stati preposti alla questione della *demarcazione* tra scienza e pseudoscienza: il principio di *verificazione* e il principio di *falsificazione*. Il primo afferma – secondo un condiviso senso comune – che gli enunciati scientifici sono portatori di "significato" solo quando siano stati "verificati" da un severo controllo empirico, ossia resi "veri" alla prova dei fatti. Tutto il resto (ed è un "resto" importante; pensiamo alla filosofia, all'arte, alla mitologia ed alle varie convinzioni religiose) è scientificamente parlando "privo di significato". Tuttavia, come ormai sappiamo, questo principio assoluto si è dimostrato indifendibile: "verità scientifiche" che in certo momento storico erano sembrate assolute ed eterne, sono state immancabilmente migliorate da differenti affermazioni, a loro volta apparentemente assolute ed eterne.

Il principio di *falsificazione*, invece, propone di considerare come criterio di semplice demarcazione (e non di significanza) la falsificabilità dell'asserto, dell'ipotesi o della teoria che si dice scientifica. In altre parole, un enunciato o un'intera teoria è scientifica quando è suscettibile di essere smentita dai fatti dell'esperienza. Non vi è alcuna certezza di verità nella scienza, ma solo il desiderio di avvicinarsi progressivamente alla verità, attraverso congetture teoriche sempre più complete ed approfondite, ma non per questo meno provvisorie. Karl Popper scrisse al pro-

1. Karl R. Popper, *Logica della scoperta scientifica*, Einaudi, Torino, 1970 (I^a ed. orig. 1934, II^a ed. ampliata 1954), p. 311.

posito: "Con l'idolo della certezza [...] crolla una delle linee di difesa dell'oscurantismo [...] perché la venerazione che tributiamo a quest'idolo è di impedimento non solo all'arditezza delle nostre questioni, ma anche al rigore dei nostri controlli. La concezione sbagliata della scienza si tradisce proprio per il suo smodato desiderio di essere quella giusta. Perché non il possesso della conoscenza [...] fa l'uomo di scienza, ma la ricerca critica, persistente ed inquieta della verità".

Ma entrambi questi principi hanno incontrato difficoltà ed è diffusa tra i filosofi della scienza la convinzione che non sia possibile distinguere in modo netto e definitivo la riflessione scientifica da quella metafisica. Il nuovo partecipato dibattito sposta l'attenzione degli studiosi dal problema della *demarcazione* al problema della *crescita* della conoscenza, e dunque principalmente alla questione della razionalità o meno del metodo scientifico. A Popper va il riconoscimento della rivoluzionaria idea per cui "non possiamo mai sapere veramente, ma solo fare delle congetture" (sicché la tradizionale domanda dell'epistemologo *come lo sai?* appare solo "un vecchio quesito dogmatico")². Al post-popperismo va invece il merito di aver indicato il nuovo problema della filosofia della scienza – ossia la sua nuova domanda centrale: *come si migliora una congettura?* – convinti che essa darà abbastanza da fare ai filosofi per secoli. Ma anche il merito di aver segnalato per tempo un problema che a mio avviso non potrà non riguardare da vicino – oltre che i filosofi del diritto e della politica, gli educatori e i sociologi – coloro che assistono infermieristicamente l'uomo: "il problema di come vivere, agire e lottare, morire quando non ci si può affidare che a congetture"³.

Ma andiamo con ordine. Se non possiamo separare nettamente la conoscenza scientifica da quella pseudoscientifica, sarebbe almeno un buon risultato trovare una definizione univoca al termine "scienza", che quotidianamente sentiamo applicato a diversissimi campi del sapere, dalla medicina alla psicologia, dalla geologia alla psicologia, dalla paleoantropologia alla sociologia, ecc. (D'altro canto anche la pubblicità dei vari dentifrici "testati scientificamente" ci consiglierebbe di saperne qualcosina di più – per

non parlare poi del metodo Di Bella o del problema dell'accertamento dell'inizio della vita o dello stato di morte...).

Uno tra i più noti filosofi della scienza italiani, Evandro Agazzi, in un libretto dedicato alle scuole superiori, scrive: "Il concetto di scienza non è 'univoco', ma 'analogico'; ossia si applica con sfumature e accenti diversi ai diversi campi di oggetti. Ciò che resta costante nelle differenti applicazioni, è in primo luogo l'intento specificamente 'conoscitivo' e, in secondo luogo, l'aspirazione a raggiungere una conoscenza *oggettiva e rigorosa*. Ora, i punti di vista concettuali mediante i quali si delimita l'ambito di oggetti che si vuole indagare, i metodi e gli strumenti con cui si stabiliscono oggettivamente i dati relativi a quel campo d'indagine e si controlla la veridicità delle affermazioni 'fattuali', e infine i tipi di argomentazione mediante i quali si espongono rigorosamente le 'ragioni' delle affermazioni non immediatamente fattuali, variano *da scienza a scienza*. Quindi non è affatto vero che i discorsi scientifici debbano tutti basarsi sulla quantificazione, sulla misurazione, sull'uso di formule matematiche e non è detto quindi che chi si sente piuttosto allergico alle formule debba per questo sentirsi estraneo alla dimensione della scientificità (anche se, come di tutte le allergie, anche di questa sarebbe meglio non soffrire)"⁴.

Dunque le discipline scientifiche sono *campi strutturati del sapere* che ricercano una conoscenza che si vuole massimamente oggettiva e rigorosa, *ma non sono uniformemente definibili una volta per sempre*. Ciò detto, è tuttavia possibile ricercare in ognuna alcune caratteristiche che ci aiutino a confrontarle tra loro e a classificarle. Tre infatti sono i punti cruciali che differenziano ogni disciplina: a. il particolare e proprio *oggetto di studio*, b. il suo *scopo* principale e c. il particolare *percorso metodologico*, e gli strumenti e le tecniche che, nel procedere del suo cammino, quel dato settore della conoscenza scientifica si è costruito per meglio descrivere, spiegare e predire il proprio campo applicativo e raggiungere il suo fine.

Oggetto di studio, scopo e metodo costituiscono il più elementare schema d'analisi per l'approccio a

2. Giulio Giorello, "Introduzione" a I. Lakatos e P.K. Feyerabend, *Sull'orlo della scienza. Pro e contro il metodo*, a cura di M. Motterlini, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995, p. XII.
3. Imre Lakatos, "Infinite Regress and Foundations of Mathematics", *Aristotelian Society Supplementary*, vol. 36, 1962, pp. 23-24, ripubblicato come capitolo 1 di Imre Lakatos, *Mathematics, Science and Epistemology: Philosophical Papers*, Cambridge University Press, Cambridge, 1978, corsivo mio.
4. Evandro Agazzi, *Cultura scientifica e interdisciplinarietà*, Ed. La Scuola, Brescia, 1994, p. 86, corsivo mio.

qualsiasi disciplina, e, nel contempo, permettono una prima – benché sommaria e provvisoria – classificazione. Chiameremo così “formali” quelle discipline che abbiano uno *scopo* conoscitivo di carattere prettamente speculativo, quali classicamente la logica e le varie branche della matematica, mentre “applicate” o “reali” tutte quelle che, viceversa, abbiano un oggetto di studio tratto dal mondo reale. Tra queste ultime distinguiamo le scienze “descrittive” da quelle “prescrittive” o “pratiche”; le prime, come è facilmente intuibile, si pongono unicamente il fine di descrivere e spiegare nel miglior modo possibile il proprio campo di indagine senza tuttavia modificarlo direttamente: l'esempio più classico è forse la biologia di Charles Darwin o l'antropologia culturale (la disciplina che studia le diverse forme culturali dei popoli). Le scienze prescrittive, invece, sono quelle che, non limitandosi al solo approfondimento conoscitivo del proprio oggetto di studio, si pongono in qualche modo l'obiettivo di modificarlo, agendo direttamente su di esso. È chiaro che questo è il caso di molte discipline ben note agli infermieri: la medicina in generale e, ovviamente, la stessa infermieristica – che come dicevamo all'inizio – nasce storicamente come semplice “sapere praticamente pratico”.

Anche attraverso l'*oggetto di studio* è possibile operare un'ulteriore importantissima distinzione, in base alla quale hanno trovato spazio per una progressiva affermazione le cosiddette scienze “umane” a fianco delle consolidate e secolari scienze “naturali” – già a loro tempo definite con una certa affettazione “esatte” o ancora “positive” – quali la fisica, la chimica, la biologia, ecc. Come è noto, infatti, le discipline umanistiche (le “scienze dello spirito”, o *Geisteswissenschaften*) hanno nel corso degli ultimi secoli centrato la propria attenzione sui vari aspetti della realtà “uomo”, così particolare, unica e diversa da ogni altra realtà conosciuta, da creare nel tempo sistemi integrati di conoscenze teorico-pratiche in settori ormai divenuti classici quali la psicologia, la sociologia, l'antropologia, la storiografia, ecc.

Invero, la tipizzazione attuale delle scienze umane è stata una conquista molto travagliata. Due secoli

fa, ad esempio, alle origini delle scienze etnologiche, il francese J.M. De Gérando, scrisse che la scienza umana non è altro che la più nobile fra le scienze d'osservazione della natura. Così, per evitare il fastidio del viaggio, del caldo e degli insetti, propose di “trapiantare” i selvaggi a Parigi, ma con tutta la famiglia e la tribù, onde garantire le migliori condizioni ambientali per l'osservazione: “Avremo in piccolo l'immagine di questa società – scrive de Gérando – dalla quale sarebbero stati prelevati. Nello stesso modo, il naturalista, non si accontenta di portare via un ramo o un fiore, che presto diverranno secchi; egli cerca di trapiantare la pianta, l'albero intero, per dargli, sotto il nostro sole, una seconda vita”⁵.

Ci si accorse ben presto che la semplice inclusione delle scienze dell'uomo nelle scienze della natura riduceva facilmente l'uomo alla condizione di oggetto spersonalizzato. Come ebbe a scrivere Husserl, le scienze positive sono impotenti nel fronteggiare “i problemi del senso e del non-senso dell'esistenza umana nel suo complesso. [...] *Le mere scienze di fatti creano uomini di fatto*”⁶; temo che l'esempio a noi più chiaro, e anche il più discusso, sia proprio quello di una certa cattiva medicina. L'infermieristica, al contrario, sin dai suoi esordi accademici⁷, si collocò pressoché unanimemente sul versante umanistico delle scienze, e questo è certamente un fatto significativo per la nostra riflessione. (Beatrice Walter, ad esempio, scriveva già parecchi anni fa: “La medicina cura la malattia dell'uomo; noi infermiere ci prendiamo cura dell'uomo malato”).

Per approfondire ulteriormente la specificità delle scienze umane, vorrei richiamare il pensiero di Michail Bachtin, un filosofo russo che, pur partendo dalla sua principale attività di critico letterario, rifletté molto e con intuizioni solo recentemente riscoperte sulla peculiarità di queste discipline. Bachtin scrisse ad esempio nel 1959-61: “Le scienze umane sono scienze che studiano l'uomo nella sua specificità e non la muta cosa e il fenomeno naturale. L'uomo nella sua umana specificità si esprime sempre (parla), cioè crea un testo (sia pure

5. *Considérations sur les diverses méthodes à suivre dans l'observations des peuples sauvages*, Parigi, 1800, pp. 166-167.

6. Edmund Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Il Saggiatore, Milano, 1961, p. 35, (1^a ed. orig. 1954), corsivo mio.

7. Per la storia del pensiero infermieristico vedi A.I. Meleis, *Theoretical Nursing. Development and Progress*, (3th ed.) Lippincott Co., Philadelphia, 1995; Jacqueline Fawcett, *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*, Davis Co., Philadelphia, 1984; J. George, *Nursing Theories. The base for professional nursing practice*, 1990 (1^a ed. orig. 1980), trad. it. *Le teorie del nursing. Le basi per l'esercizio professionale*, UTET, Torino, 1995; A. Marriner-Tomey, *Nursing Theorists and Their Work*, (3th ed.) Mosby-Year Book, St. Louis, 1994, trad. it. *I Teorici dell'Infermieristica e le loro Teorie*, Mc Graw Hill Book Co., Milano, 1996; R.L. Wesley *Nursing Theories and Models*, Springhouse Co., Springhouse, 1992.

potenziale). Quando l'uomo è studiato al di fuori del testo e indipendentemente da esso, non si hanno più scienze umane ([ma] l'anatomia, la fisiologia dell'uomo, ecc.)⁸.

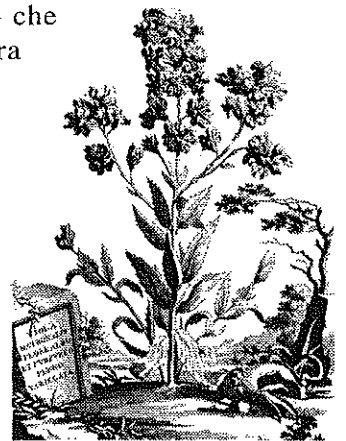
Si potrebbe anche dire semplicemente che nelle scienze naturali si cerca di conoscere un *oggetto*, e nelle scienze umane un *soggetto*. "Le scienze esatte sono una forma monologica di sapere: l'intelletto contempla una cosa e si pronunzia su di essa. Qui c'è soltanto un soggetto: colui che conosce (contempla) e parla (si pronuncia). Di fronte gli sta soltanto la *cosa muta* [...]. Ma il soggetto come tale non può essere percepito e studiato come cosa poiché, nella sua qualità di soggetto, esso non può, restando soggetto, diventare muto e quindi la sua conoscenza può essere soltanto *dialogica*"⁹. A questo proposito, come non pensare al giro visita di certi medici (e infermieri), e all'imbarazzo che ci prende nel sentirli parlare tra loro di sintomi e indagini, diagnosi e terapie senza curarsi del malato che sta di fronte, come se non avesse orecchi per udire, intelletto per capire, sentimenti da comunicare?

Ma tornando al pensiero di Bachtin, occorre meglio indagare l'*ideale conoscitivo* a cui ci si ispira nelle scienze naturali ed in quelle umane. Per le scienze naturali, dice Bachtin, ciò che conta più di tutto è l'*esattezza*, e "l'esattezza presuppone la coincidenza della cosa con se stessa"¹⁰. Di conseguenza "il limite dell'esattezza nelle scienze naturali è *identificazione*", A uguale ad A, diagnosi medica uguale alla malattia reale (ed ecco, come vedremo, l'importanza di un lessico tecnico fortemente strutturato). Per le scienze umane, invece, l'essenziale è la *profondità*: "la domanda [conoscitiva, in questo caso,] è posta dal conoscente non a sé e non a un terzo in presenza di una cosa morta, ma al conosciuto stesso. Il criterio qui non è l'esattezza della conoscenza, ma la profondità della penetrazione" ed il suo limite è dato dall'insondabilità della persona umana, e dunque dal problema (che altri definiranno

ermeneutico) dell'alterità. "Nelle scienze umane – afferma ancora Bachtin – l'esattezza è il superamento dell'alterità dell'altrui senza trasformarlo in qualcosa di puramente proprio".

Ecco, a mio modesto avviso, la *diversità fondamentale* che corre tra la diagnosi medica ed il momento diagnostico del processo assistenziale infermieristico: là dove la prima cerca la *conoscenza* della malattia, indicandola appunto con l'ipotesi diagnostica, la seconda dovrà ricercare la *comprensione* della richiesta assistenziale, *comunque* essa venga definita dalla teoria in uso. Ma ecco anche le *differenze sostanziali* tra i due momenti "prescrittivi": là dove la medicina occidentale impone protocolli terapeutici rigidi e standardizzati per la guarigione della malattia, l'infermieristica propone al paziente piani di assistenza partecipativi, nella ricerca della sua salute ancora possibile¹¹.

È dunque naturale, e non dobbiamo stupircene, che alla differenza radicale nell'oggetto di studio e nello scopo corrisponda una sostanziale differenza di *metodo*. La stessa pianificazione infermieristica è, sin dai suoi inizi, profondamente radicata nella strategicità della relazione con l'altro, piuttosto che nell'algoritmicità della conoscenza della cosa¹². D'altro canto, credo che risulti ora più chiara l'affermazione di Agazzi dalla quale siamo partiti: l'insieme di queste differenze – che sono altrettanti distinguo tra scienze naturali e scienze umane – fa sì che gli stessi termini "scienza", "conoscenza", "metodo", ecc., non abbiano lo stesso significato quando sono applicati all'uno o all'altro campo. Il problema dell'alterità nelle discipline umane infatti, seguendo il pensiero bachtiniano, le obbliga all'*interpre-*



8. Michail Bachtin, *Il problema del testo nella linguistica, nella filologia e nelle altre scienze umane*, 1959-61, cit. in Tzvetan Todorov, *Michail Bachtin. Il principio dialogico*, Einaudi, Torino, 1990 (1ª ed. orig. 1981), p. 28. Vedi anche Michail Bachtin, *L'autore e l'eroe. Teoria letteraria e scienze umane*, C. Strada Janovic, ed., Einaudi, Torino, 1988.
9. Michail Bachtin, *Per una metodologia delle scienze umane*, 1974; cit. in Tzvetan Todorov, op. cit., pp. 34-35.
10. Michail Bachtin, *Fondamenti filosofici delle scienze umane*, 1941 circa e *Per una metodologia delle scienze umane*, 1974, cit. in Tzvetan Todorov, op. cit., pp. 34-37.
11. La *partecipazione* del soggetto conosciuto al processo conoscitivo e prescrittivo è, forse, il più sensibile indicatore di ricchezza o di povertà di una teoria umanistica (si veda sotto, nota n. 26).
12. Quanto al dibattito attorno al metodo (o ai metodi) della scienza, cfr. Gilles Gaston Granger, ed., "Esiste un metodo al di fuori dei metodi scientifici?", in *Enciclopedia*, Torino, Einaudi, Vol. IX, s.v. *metodo*. Per una primo approccio alla complessa tematica della metodologia infermieristica segnalò di Paolo C. Motta, "Il processo di assistenza infermieristica", in E. Fumagalli, E. Lamboglia, G. Magon e P.C. Motta, *La cartella infermieristica informatizzata. Uno strumento per la pianificazione e la misurazione del carico di lavoro*, Ed. Medico-scientifiche, Torino, 1998.

tazione: e "l'interpretazione delle strutture simboliche è costretta a entrare nell'infinità dei sensi simbolici e quindi non può diventare scientifica nell'accezione che la scientificità ha nelle scienze esatte"¹³.

Teorie e crescita della conoscenza

Fin qui abbiamo parlato di scienze e discipline, di conoscenze e di metodi. E abbiamo disegnato un fondale storico epistemologico, certamente approssimato, ma credo importante per potervi già riassumere lo statuto epistemico della nostra disciplina: *umanistica*, perché ha per oggetto di studio l'uomo, *prescrittiva*, perché tratta di un intervento tecnico-pratico di presa in carico curativa, *strategico-dialogica*, perché si dota di regole metodologiche atte ad indagare in profondità l'alterità dell'altro. Come è tipico delle scienze umane, anche per noi tale semplice statuto disciplinare *non basta* a chiarire il famoso "specifico" infermieristico: è infatti questo il compito di ogni singola teoria, che dovrà maggiormente dettagliare e approfondire queste voci *ciascuna dalla sua propria e particolare prospettiva*.

Ma cominciamo con il chiederci: come nasce una nuova disciplina scientifica? Come cresce e si afferma nel panorama delle scienze?

Innanzitutto, la scienza inizia con problemi, con dilemmi di natura teorica o pratica di difficile soluzione¹⁴. A fronte di tali problemi una nuova forma di attività scientifica nasce e si evolve congetturando e sperimentando ipotesi e *teorie* sempre più complesse che – a seconda della particolarità del campo di studio, degli scopi e dei metodi della singola disciplina – intendono descrivere, spiegare e predire il fenomeno problematico studiato. Per alcuni epistemologi, ad esempio lo stesso Popper, sono le teorie, e non le discipline, le vere protagoniste della scienza¹⁵.

Lo studio scientifico di un certo problema implica dunque *necessariamente* lo sviluppo di un contesto teorico, di una "rappresentazione concettuale" della

realtà che ci permetta di studiarla rigorosamente. Chiamiamo questa complessa "rappresentazione mentale" teoria (o "paradigma" di riferimento). Essa copre tutto il campo della disciplina scientifica ed anzi, secondo l'epistemologia kuhniana, ne determina la stessa costituzione. Per Kuhn, infatti è *l'esistenza del "paradigma" che sancisce il passaggio da una riflessione pre-scientifica ad una scientifica*¹⁶. Il costruirsi di una "comunità scientifica" avviene per il coagularsi degli "esperti" attorno ad un paradigma, paradigma senza il quale ogni ricerca, per avere luogo, dovrebbe chiarire ogni volta in partenza i termini di riferimento essenziali del problema oggetto di studio¹⁷.

Per usare l'espressione di un'importante epistemologa kuhniana, Margaret Mastermann, occorre distinguere tre importanti "stadi" di questo sviluppo scientifico: la scienza del non-paradigma, la scienza del paradigma multiplo e la scienza del paradigma duale.

La *scienza del non-paradigma* è lo stato di cose proprio dell'inizio dello sviluppo del pensiero su ogni aspetto del mondo; cioè quello stadio in cui non vi sono paradigmi (o teorie) che indaghino quel particolare problema, se non particolari tradizioni, miti ed abitudini. In breve, dice Mastermann, "la scienza non paradigmatica si distingue appena, se non si confonde del tutto, dalla filosofia del relativo argomento". Tale stato di cose è pre-scientifico ed è in netto contrasto con lo stadio successivo, detto *scienza del paradigma multiplo*, nel quale, lungi dal non esservi paradigmi, ve ne sono, al contrario, troppi. Questa situazione è tipica secondo la Mastermann delle scienze socio-umane, ma è già pienamente scientifica secondo i criteri definiti da Kuhn. Lo stadio della scienza matura è invece caratterizzato da una netta diminuzione dei paradigmi in competizione, che gareggiano tra di loro e lottano per la supremazia: è questo lo stadio della *scienza del paradigma duale*¹⁸.

13. Michail Bachtin, *Per una metodologia delle scienze umane*, 1974, cit. in Tzvetan Todorov, *op. cit.*, pp. 34-35. Riguardo alle tematiche relative all'alterità, soprattutto culturale, nell'assistenza infermieristica, vedi D.F. Manara, "L'infermieristica interculturale", in Nicola Pasini, ed., *Immigrazione salute: le questioni emergenti*, Fondazione Cariplo I.S.M.U., in corso di stampa nei Quaderni I.S.M.U.

14. Karl R. Popper, "Science: problems, aims, responsibilities", 1963, trad. it. "Problemi, scopi e responsabilità della scienza", in Karl R. Popper, *Scienza e filosofia*, Einaudi, Torino, 1969, p. 138.

15. Karl R. Popper, *La natura dei problemi filosofici*, in *Congetture e confutazioni*, Il Mulino, Bologna, 1972, 118-119, corsivo mio.

16. Thomas Kuhn, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1978 (1ª ed. orig. 1962), p. 39.

17. "Una comunità scientifica consiste [...] di coloro che praticano una specializzazione scientifica. In una misura che non ha riscontri in altri campi, costoro hanno ricevuto educazione e addestramento simili; nel corso della formazione hanno assimilato la medesima letteratura tecnica e ne hanno tratte in gran parte le medesime lezioni. [...] Nelle varie scienze vi sono diverse scuole, ossia comunità che studiano il medesimo insieme di argomenti da punti di vista tra loro incomparabili. Ma l'esistenza di scuole è, nella scienza, più rara che in altri campi; esse sono sempre in competizione tra loro; e la loro competizione, di solito, ha breve durata. [...] All'interno di gruppi siffatti la comunicazione è relativamente completa, e il giudizio professionale è relativamente unanime", Thomas S. Kuhn, *op. cit.*, p. 214.

18. Margaret Mastermann, "La natura di un paradigma", in I. Lakatos, A. Musgrave, eds., *Critica e Crescita della Conoscenza*, Feltrinelli, Milano, 1976, (1ª ed. orig. 1970) pp. 146-148.

Dunque, mentre esiste una disciplina, possono esistere *diversi* e diversificati paradigmi, o teorie, che la interpretano, la indagano e la attualizzano. Come? In genere, e questo vale soprattutto per alcune scienze prescrittive o sociali¹⁹, l'applicazione di una particolare teoria avviene con la costruzione di *modelli concettuali* che, di natura più operativa perché maggiormente orientati alla situazione pratica, devono obbligatoriamente *risolvere al loro interno il problema teoria-prassi* nel rigoroso rispetto delle comuni regole e principi disciplinari²⁰.

Una comunità pre-scientifica, per il pensiero khuniano, "... è caratterizzata da una completa divergenza e da un disaccordo continuo sui fondamenti, al punto che riesce impossibile passare ad un lavoro particolareggiato e specialistico: le teorie saranno quasi tante quanti i ricercatori del settore e ciascun ricercatore sarà obbligato a ricominciare da capo a giustificare il proprio particolare approccio"²¹ (come non pensare a certi articoli d'infermieristica?). Al contrario, in una particolare comunità scientifica il ricercatore "deve essere acritico nei confronti del paradigma in cui lavora: solo così può concentrare i propri sforzi nell'accurata elaborazione del paradigma e nell'esecuzione del lavoro altamente specializzato necessario a scrutare la natura in profondità"²².

Ma quali possono essere i criteri di accettabilità e di abbandono di una teoria? Secondo la Metodologia dei programmi di ricerca scientifici di Imre Lakatos, le prime regole per l'accettabilità di una teoria sono date dal suo *aumento di contenuto empirico rispetto alle precedenti teorie*; in altre parole deve portare alla scoperta di *fatti* nuovi, spiegando al contempo tutti quelli già inclusi nella teoria rivale. Mentre queste prime regole possono essere controllate istantaneamente da analisi logiche, la terza, che concerne la richiesta di una verifica empirica quantomeno parziale di questo eccesso, può richiedere un lasso di tempo indeterminato. Ciò determina automaticamente i criteri di abbandono della teoria "superata". Secondo

Lakatos: "una teoria scientifica *T* è *falsificata* se, e soltanto se, è stata proposta un'altra teoria *T I* con le seguenti caratteristiche:

1. *T I* ha eccedenza di contenuto empirico rispetto a *T*, ossia, essa prevede fatti nuovi, ossia fatti improbabili alla luce di *T* o anche da essa vietati;
2. *T I* spiega il successo precedente di *T*, ossia, tutto il contenuto confutato di *T* è incluso (entro i limiti dell'osservabile) nel contenuto di *T I*;
3. parte del contenuto eccedente di *T I* è corroborato"²³.

Questo passaggio è veramente importante e credo meriti un piccolo riferimento alla storia delle teorie dell'infermieristica. Ad esempio, si potrebbe sostenere che la teoria oremiana dell'auto-assistenza è *progressiva* rispetto alla corrente hendersoniana in quanto ha migliorato sensibilmente la predittività del problema assistenziale attraverso la nota distinzione dei sistemi assistenziali fondamentali: il sistema personale dell'autoassistenza, il sistema sociale (poi però poco sviluppato) ed il sistema infermieristico. Nel linguaggio lakatosiano, Orem presenta dunque un surplus predittivo – un esubero teorico, o in termini ancora più precisi, uno "slittamento di problema progressivo teoricamente" – rispetto alla scuola hendersoniana, la quale dovrebbe essere abbandonata in quanto parte di questo esubero è stato negli anni corroborato da ricerche empiriche²⁴.

I criteri di scientificità di una teoria infermieristica

Abbiamo visto come la comunque difficile demarcazione tra scienza e non-scienza possa esprimersi nel grado di oggettività e di rigorosità metodologica del procedere scientifico. Ma che cos'è allora questa *oggettività*, e come applicarla a campi conoscitivi complessi e indeterminati quali l'individualità della persona umana?

Scrivre Popper: "Ciò che chiamiamo *oggettività scientifica* consiste in un fatto: nessuna teoria scientifica viene accettata come un dogma. Tutte le teorie

19. Cfr. Karl R. Popper, "Models, instruments, and truth. The status of the rationality principle in the social sciences", 1963, in Karl R. Popper, *Il mito della cornice*, Il Mulino, Bologna, 1995, pp. 221-222. In questo scritto, Popper sostiene la tesi per cui i *modelli* hanno, nelle scienze sociali, la stessa funzione che nelle scienze fisiche, e quindi si potrebbero chiamare anche *teorie* o dire che, siccome sono tentativi di risoluzione di problemi, incorporano le teorie. Ma non vale l'opposto: non tutte le teorie sono modelli (p. 221). In ogni caso la categoria fondamentale della metodologia delle scienze sociali per Popper è l'idea di *situazione sociale*: "E i modelli delle scienze sociali teoriche sono essenzialmente descrizioni o ricostruzioni di *situazioni sociali tipiche*" (p. 222).

20. È doveroso segnalare come quest'intendimento distintivo tra *teorie* (o paradigmi) e *modelli concettuali* – distinzione a mio avviso ormai doverosa, necessaria e massimamente utile – è solo uno degli intendimenti possibili e potrebbe anche essere presentato con posizioni differenti. Per tali motivi è, a mio avviso, uno dei punti principali sui quali aprire un futuro dibattito.

21. Alain F. Chalmers, *Che cos'è questa scienza?*, Arnoldo Mondadori Ed., Milano, 1979, p. 98.

22. *Ibidem*.

23. Imre Lakatos, "La metodologia dei programmi di ricerca scientifici", in I. Lakatos, A. Musgrave, eds., *op. cit.*, p. 191.

24. Ovviamente, tale critica andrebbe motivata con una ben maggiore argomentazione di quella consentita in questa sede.

sono provvisorie e sempre aperte alla discussione più rigorosa, a una discussione critica razionale che aspira a eliminare gli errori. Quanto alla *razionalità della scienza*, essa consiste semplicemente nella razionalità della discussione critica. [...] È importante comprendere che una discussione critica si occupa sempre di *più teorie contemporaneamente*. Infatti, nel cercare di accertare i meriti o i demeriti [rispetto al potere esplicativo] anche di una sola teoria, deve sempre tentare di verificare se essa rappresenta un avanzamento: se spiega cose che fino a quel momento – vale dire, con l'aiuto delle teorie precedenti – non siamo stati in grado di chiarire. [...] Si comprenderà da questo che la discussione critica sarà spesso incerta, che non esistono criteri assolutamente precisi dell'accettabilità provvisoria: che la frontiera della scienza è assai fluida"²⁵.

Quanto al problema dell'oggettività in considerazione della determinazione umanistica della nostra disciplina, è ovvio che *al riguardo ogni teoria infermieristica dovrà esplicitare la sua propria e particolare posizione teoretica, ma soprattutto metodologica*. Come per ogni disciplina umanistica, infatti, la molteplicità dei paradigmi infermieristici in uso copre l'intero arco delle concezioni possibili. In questo senso, occorrerà valutare il criterio della coerenza tra le parti della teoria, o del modello, non meno del criterio della partecipazione, ossia della possibilità del soggetto studiato – e della storia e della tradizione di cui è portatore – di “prendere parte” all'attività conoscitiva che si svolge *su di e attraverso* di esso²⁶.

Ad esempio, se volessimo applicare questi criteri al panorama teorico italiano, la mia personale sensibilità al tema della “personalizzazione dell'assistenza” mi porterebbe a criticare, ad esempio, quei modelli che la propagandano senza chiarirne né il significato in relazione all'uomo (definito semplicemente ed utilitaristicamente come “sistema

aperto”) né le metodologie e le tecniche per la sua effettiva realizzazione.

Le teorie sono dunque necessarie ed insostituibili; esse ci permettono di “chiamare le cose per nome”, e questo ci permette il confronto critico con la realtà e con gli altri. Non per nulla il primo segnale di attività concettuale attorno ad un “problema” è proprio l'attenzione al *linguaggio* che lo definisce. Gli epistemologi definiscono la tecnicità di questo lessico scientifico come “monosemica”, cioè caratterizzata da un solo significato che non deve lasciare spazio a fraintendimenti, come invece avviene per la polisemia del linguaggio comune.

Secondo Evandro Agazzi, “la ragione [...] per cui la creazione di un linguaggio tecnico appare condizione fondamentale per il costituirsi di una scienza si può ritenere la seguente: la creazione di un linguaggio tecnico risponde, prima ancora che ad esigenze di concisione e di chiarezza, a finalità di “circoscrizione” degli ambiti di significato entro cui ogni scienza intende istituirsi come discorso fornito di senso, il che equivale, d'altro canto, al provvedersi di propri “oggetti”. In altri termini, non si tratta per nulla di aver bisogno di superare una presunta “imprecisione” del linguaggio comune, quanto piuttosto di “determinare” un uso di termini che istituisca un ben delimitato orizzonte semantico e quindi, in ultima istanza, un altro *linguaggio*”²⁷.

Riassumendo, un generico “problema”, teorico o pratico, muove una crescente monosemia linguistica, che a sua volta determina l'emergere dei “fatti” importanti per quel campo del sapere. Per Antiseri, “in maniera indiretta sono i problemi a strappare dal limbo dei fatti qualsiasi i fatti rilevanti; ma in via diretta *sono le teorie a possedere il potere “taumaturgico” di trasformare un fatto qualsiasi in un fatto rilevante*”²⁸.

Strettamente legato al problema del linguaggio è quindi il problema della determinazione di una tas-

25. Karl R. Popper, “Models, instruments, and truth.”, *op. cit.*, pp. 214-215.

26. Le scienze dello spirito, dice Gadamer, “appartengono allo stesso patrimonio ereditario della filosofia. Esse si differenziano dalle scienze della natura non solo per il loro modo di procedere, bensì anche per il loro riferimento processuale alle cose, per il loro prender parte alla tradizione, che esse fanno sempre di nuovo parlare per noi.

Per questa ragione ho proposto di integrare l'ideale della conoscenza obiettiva, che domina i nostri concetti di sapere, scienza e verità, con l'ideale del prender parte, della *partecipazione*. La partecipazione alle espressioni essenziali dell'esperienza umana – come si sono sviluppate nella tradizione artistica, religiosa e storica non solo della nostra, ma di tutte le culture – questa partecipazione possibile è l'autentico criterio per valutare la ricchezza o la povertà dei risultati delle scienze dello spirito. Lo si potrebbe esprimere anche in altro modo e dire: in ogni scienza dello spirito c'è la filosofia, che non può mai giungere totalmente al concetto”. Carsten Dutt, *Dialogando con Gadamer*, Raffaello Cortina Ed., Milano, 1995, (1ª ed. orig. 1995), pp. 13-15, corsivo mio.

27. E. Agazzi, M. Buzzoni, G. Servalli, eds., *Linguaggio comune e linguaggio scientifico*, Franco Angeli Editore, Milano, 1987, p. 29.

28. Dario Antiseri, *Trattato di metodologia delle scienze sociali*, UTET Libreria, Torino, 1996, pp. 99-100.



sonomia internazionale dei problemi infermieristici. Questo argomento, attualissimo e di primaria importanza²⁹, merita un'ulteriore riflessione. Di fatto, non è il dato di evidenza in sé e per sé che sviluppa il pensiero scientifico, ma la corroborazione (o falsificazione) che attraverso di esso viene rivolta ad una particolare teoria. Popper, nell'affermare che "affrontiamo qualsiasi cosa alla luce di teorie preconconcette"³⁰, cita spesso l'opinione di Charles Darwin, per il quale: "è molto strano che non tutti capiscano che ogni osservazione, per avere qualche utilità, deve essere a favore o contro qualche opinione"³¹. In altre parole tanto gli sforzi rivolti alla costituzione delle "diagnosi infermieristiche"³² quanto l'impellenza di fornirsi di un bagaglio di competenze sempre più basate sull'*Evidence based nursing*³³ – sono queste le nuove parole d'ordine della professione come un tempo lo furono la "cartella infermieristica", i "protocolli" o i "piani di assistenza"... – necessitano a mio avviso di un più solido legame, e dunque di una maggiore coerenza, con i *fondamenti teorici della nostra attività*. Il rischio, altrimenti, è quello del *riduzionismo*, di far coincidere la cosa che si studia con ciò che sappiamo su di essa – la persona con la sua diagnosi – oppure di limitare la nostra pratica a ciò che pretendiamo debba necessariamente funzionare in quanto "statisticamente provato".

A questo punto della nostra riflessione, credo risulti chiaro anche per gli infermieri italiani la necessità di una solida teorizzazione – completa, coerente e, almeno in parte, empiricamente controllata – che orienti tanto la formazione, quanto l'esercizio e la ricerca infermieristica. E immagino anche che qualcuno si stia chiedendo che spazio abbia la libera iniziativa o la sensibilità individuale nell'assistenza. Una prima e facile risposta è che l'applicazione delle varie teorie nella relazione infermieristica richiede un'attiva e personale interpretazione del singolo infermiere, che molti hanno giustamente detto "arti-

stica"³⁴. Una seconda argomentazione deve però andare più a fondo. Occorre infatti chiarire, se ancora ve ne fosse bisogno, che la migliore teoria – adottata o costruita ex novo – sarà sempre una condizione, un obbligo, una costrizione che se da un lato permette l'inquadramento del problema, l'utilizzo di un linguaggio monosemico e la critica interna ed esterna alla comunità scientifico-professionale, dall'altro è pur sempre percepibile come un condizionamento o una "gabbia concettuale"³⁵. Il confronto e l'apertura alle altre teorie sono gli strumenti che abbiamo per adattare questa nostra "prigione" alle nostre esigenze e, se lo vorremo, per liberarcene definitivamente, sostituendola con una più consona a noi.

Ma attenzione: *non riconoscere alcun paradigma disciplinare per la propria pratica non significa affatto essere liberi da ogni condizionamento*. In assenza di una teoria esplicita valgono le abitudini, le credenze ed il semplice "buon senso" che, senza nemmeno rendercene conto, si configurano essi stessi come veri e propri "modelli", o "cornici" di riferimento all'agire quotidiano dell'infermiere.

Nella popolazione infermieristica italiana, purtroppo, vi è ancora una scarsa e non diffusa conoscenza degli asserti teorici del sapere infermieristico. Nella maggioranza delle Unità operative degli ospedali, il sapere infermieristico è ancora e solo un "saper fare" – un sapere "praticamente pratico", direbbe Maritain, piuttosto che "speculativamente pratico", come dovrebbe essere per le discipline prescrittive. Utilizzando i già citati stadi evolutivi di una discipli-

29. Nei giorni 19 e 20 marzo 1999 si terrà a Venezia la Seconda conferenza Europea dell'acendio (Association for Common European Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes) dal titolo significativo: *Creating Nursing's Language for the Next Millenium: Nurses Network Across Europe*.

30. Karl R. Popper, vedi "Science: problems, aims, responsibilities", *op. cit.*, p. 142.

31. Lettera a Hewey Fawcett, 1861.

32. Cfr. Paolo C. Motta, "Il processo di assistenza infermieristica", *op. cit.*, pp. 222-224.

33. Cfr. Paola Di Giulio, "Una strategia professionale basata sul risultato", *Foglio Notizie*, 4, 1997. Per chi invece volesse approcciarsi al mondo dell'EBN, segnalo il relativo sito Web: www.evidencebasednursing.com

34. Ed artistica proprio perché espressione delle singole libertà in gioco. Cfr. D.F. Manara, R. Sala, "Libertà ed autonomia dell'infermiere. Appunti sul mansionario", *Nursing Oggi*, n. 4, 1998, pp. 14-19.

35. Sul rischio reale della "tossicomania da cornice", vedi Karl R. Popper, "The myth of framework", *op. cit.*, pp. 81-82. Ogni teoria scientifica – come ogni cornice culturale, religiosa, etnica, ecc. – è una gabbia necessaria, ma a rischio di totalitarismo: è questo, per Popper, il pericolo della pretesa "incommensurabilità" delle teorie al quale opporre invece la discussione critica.

na ipotizzati da Mastermann, mentre a livello di letteratura mondiale la nostra disciplina è certamente allo stadio del "paradigma multiplo", a livello medio nazionale stiamo vivendo ancora la fase precedente, quella "pre-paradigmatica" – per definizione anche pre-scientifica e, quindi, pre-professionale...

Nel nostro settore, insomma, permane radicata l'illusione di poter parlare di assistenza infermieristica senza prima aver scelto il condizionamento cui vogliamo sottostare: se di tipo disciplinare (e quindi esplicitando una teoria di riferimento attraverso la quale permettere la critica dei risultati pretesi) oppure pre-disciplinare. Perché infatti, *nell'uno e nell'altro caso non possiamo agire al di fuori di una cornice anche solo tradizionale o normativa o religiosa che definisca la nostra identità accanto al paziente*. In altre parole, dobbiamo fortemente ribadire che sono "cornici" di riferimento anche l'idea di assistenza magari implicita o ingenuamente espressa come tale dell'anziana infermiera o caposala che mai ha sentito parlare di disciplina infermieristica – eppure è una bravissima infermiera – o quella, espressa sempre indirettamente, ma meno innocentemente, da alcuni medici (o da altre figure sanitarie o amministrative) che hanno dell'infermiera un'idea ancillare meramente esecutiva ("paramedica" *sic et simpliciter*, così ben descritta ad esempio dal vecchio "mansionario" dell'infermiere professionale), o ancora infine quell'idea chiara e ben delineata presente negli ordini religiosi dedicati all'assistenza agli infermi:

Tutte queste sono "cornici", sono "modelli" che offrono una risposta ideale e pratica alla domanda su che cosa sia l'assistenza infermieristica e su che cosa sia (e che cosa di conseguenza debba fare) l'infermiere. Occorre dunque chiedersi di nuovo: quale è la differenza tra un modello che abbia la presunzione di dirsi scientifico ed uno che non lo è? Rispondendo con il principio di falsificazione di Popper, la differenza è che la cornice scientifica – a differenza di quella opinionale dettata dal buon senso, dall'opportunità, dalle varie credenze o dalla normativa – *offre la possibilità di falsificare i propri asserti fondamentali*. Essa infatti, come abbiamo visto, deve esplicitare e ricercare quelle condizioni empiriche che, se realizzate, conseguiranno la sua falsificazione³⁶.

Una teoria infermieristica, dunque, potrà dirsi scientifica *se viene permessa la critica ed il confronto empirico* sui suoi asserti. Se invece permaniamo

nelle nostre cornici tradizionali – nelle nostre preconcezioni inesprese e dunque insindacabili – allora ogni sforzo per rendere confrontabile e criticabile il nostro agire sarà vano, e l'apprendimento della professione (di base, complementare o apicale) non sarà *acquisizione critica* del sapere, ma sarà – come è stato per secoli per le stesse donne, prima ancora che per gli infermieri ad esempio della mia generazione – semplice imitazione comportamentale, pedissequo adeguamento del sentire e del fare alle abitudini dominanti.

Status *questionis* dell'infermieristica in Italia

Al termine di questa riflessione sui problemi dello statuto scientifico della nostra disciplina – riflessione che era compito primario di questo scritto – vorrei avanzare alcune libere considerazioni circa lo status attuale della disciplina infermieristica nel nostro paese. In particolare vorrei soffermarmi molto brevemente su quattro aspetti:

1. il confronto interno alla comunità infermieristica;
2. l'onestà intellettuale;
3. il rapporto con le altre discipline e 4. l'uso delle teorie nella formazione.

1. *Il confronto interno alla comunità infermieristica.* Al proposito sarebbe utile richiamare il problema della possibilità o meno d'intesa tra teorie e linguaggi differenti, ovvero, il famoso tema dell'*incommensurabilità*, ma resta solo lo spazio per indicare alcuni esempi di comportamenti, a mio parere, inadeguati. Fawcett nel 1984³⁷, operò un tentativo di confronto tra le posizioni teoriche principali della nostra disciplina utilizzando "quattro concetti chiave", che, a suo avviso, costituivano la struttura portante di ogni teoria del nursing (come è noto questi quattro concetti erano: salute-malattia, ambiente, uomo e assistenza infermieristica). Credo che questa indicazione possa essere più che accettabile, *se intesa in senso non restrittivo*. In altre parole si dovrebbero confrontare tra loro le diverse teorie *anche* – ma non solo – attraverso la definizione di questi concetti. Infatti, a seconda degli autori, ulteriori snodi concettuali potrebbero rivelarsi addirittura maggiormente utili per cogliere l'impianto generale della teoria – pensiamo al termine "relazione" per H. Peplau, o "cultura" per M. Leininger, o, infine, "bisogno" per Henderson, e via discorrendo. Invece, Fawcett ebbe l'idea di coniare un bel neo-

36. Karl R. Popper, *Logica della scoperta scientifica*, op. cit., p. 22.

37. Jacqueline Fawcett, *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*, Davis Co., Philadelphia, 1984.

logismo per definire questi quattro concetti: il "meta-paradigma" della teoria infermieristica (letteralmente ciò che "sta al di là" del paradigma o della teoria). Per vari anni in Italia – paese dove la superficialità nell'utilizzo di termini impegnativi e complessi con notevole facilità d'uso e a polisemia variabile è pari alla faciloneria statunitense nell'inventare nuovi vocaboli – si svilupparono vari interventi che intesero il "meta-paradigma" come quei concetti *univoci* presenti in *tutte* le teorie, oppure ancora come l'*unico* criterio di confronto intradisciplinare.

Un altro aspetto importante è senza dubbio quello inerente i *luoghi* e le *modalità* d'esercizio del dibattito critico all'interno della nostra disciplina. Se il cardine della scientificità è il confronto critico, occorre anche chiarire che i luoghi della comunicazione scientifica – soprattutto di prodotti provenienti da istituzioni pubbliche, come Università e Istituti di ricerca – sono in *primis* le *riviste* o i *libri* (al limite i convegni), e non certo costosi corsi di aggiornamento!

2. *L'onestà intellettuale nell'uso della teoria* (Questa voce potrebbe portarci lontano e dunque mi limito ad un solo, macroscopico aspetto). Una regola aurea nel procedere della scienza è sintetizzata dal semplice motto: *Paga i tuoi debiti*.

Non c'è alcuna teoria, come nessun lavoro umano, che nasca dal nulla.

L'apporto innovativo di ciascuno di noi è infinitesimale rispetto a quanto ereditato dalla storia interna della propria teoria e dalla storia del pensiero umano. "Tutto è già stato detto" dicono i filosofi; e credo dunque francamente poco ammissibile che (pur anco facendoci precedere da una sfilza di titoli) si debba avere la pretesa che ciò che diciamo noi debba passare *ipso facto* come verità di fede. Pagare i propri debiti significa dunque esplicitare le fonti da cui si è attinto il proprio pensiero (e basterebbe que-

sta accortezza a rivelare la farina del proprio sacco, tanta o poca che sia). Quando sfogliamo una rivista o gli atti di un convegno, e salvo che si tratti di articoli di studiosi di chiarissima fama, *rifiutiamoci di leggere* gli interventi che vorrebbero essere *scientifici* o *colti* e che non ci offrono un opportuno apparato bibliografico di riferimento: è peggio che prendere per buone le percentuali dei grafici di una ricerca clinica senza controllare la metodologia d'indagine e le tabelle di elaborazione dei dati.

3. *I rapporti con le altre discipline*. Tra i molti esempi che mi vengono alla mente penso in particolare alla diffusa confusione tra modelli *organizzativi* e modelli *concettuali* dell'assistenza (nelle relazioni di certi convegni sembrano quasi sinonimi). Tuttavia – come spero si sia accorto il lettore che ha perseverato fino a questo punto – non sono affatto la stessa cosa! La pretesa di creare *ex novo* cartelle infermieristiche, protocolli, schede di valutazione della formazione del personale, indicatori di qualità dell'assistenza, metodi per il carico di lavoro infermieristico, ecc., *senza alcun riferimento teorico* è quantomeno a rischio di efficienza. Praticare il management senza una solida conoscenza delle teorie infermieristiche è come mettersi alla guida di un potente *off-shore* senza sapere a cosa serve il timone!

Insomma, quando diciamo che ormai le professioni sono entità multidisciplinari non dovremmo dimenticare, per pigrizia o per ignoranza, 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"³⁸.

4. *L'uso della teoria nella formazione* (di qualsiasi livello). La teoria utilizzata per la formazione deve essere dichiarata ed utilizzata come *contenuto teorico* della formazione, prima ancora che come contenuto dell'apprendimento clinico.



38. Evandro Agazzi, *Cultura scientifica e interdisciplinarietà*, op. cit., pp. 111.131.

Con altri colleghi condivido la preoccupazione che la teoria o il modello concettuale divenga esso stesso referente e garante di tipologie di condotta, di quel modello comportamentale dell'assistenza che torna ancora una volta a plasmare la figura dell'infermiere in funzione di un insieme di direttive esterne. Più si avanza su questa via, meno il modello è *oggetto* di insegnamento-apprendimento, e più si impone come unica linea di comportamento. Marie-Françoise Collière, ad esempio, nel suo testo cita un documento non pubblicato di E. Adam per la quale "il modello concettuale non è una materia accademica paragonabile alle altre; non è un contenuto da mettere in programma"³⁹, e conclude: "le infermiere adotterebbero [così] i criteri dell'una o dell'altra delle teorie infermieristiche trasformata in teorema che possa servire come postulato di comportamento sia per coloro che curano che per coloro che sono curati. C'è il pericolo allora che si formino delle infermiere di una specifica teoria come in precedenza si adottava uno o l'altro ordine religioso"⁴⁰.

Conclusioni

Proprio per la loro necessità ed il loro effettivo potere, mentre affermiamo l'importanza e l'inderogabilità del dotarci di teorie infermieristiche nell'esercizio professionale, come nella didattica e nella ricerca, dovremmo altresì coltivare, in noi e nei nostri studenti, il sano dubbio che nell'assistenza – come in tutti i servizi che implicano in profondità il mistero umano – ci sia molto di più di quello che può essere descritto da qualsiasi nostra teoria scientifica⁴¹.

Così, pensando alla limitatezza e provvisorietà di questa riflessione, mi consolo dicendomi che non è che un modo per iniziare a parlarne; nella consapevolezza, tuttavia, di come "ogni cosa profonda rimane pur sempre inespressa".

39. Adam Evelyn, "L'application d'un modèle conceptuel au programme d'étude collégiale", estratto dal rapporto *Ressourcement et Envol*, Documento non pubblicato, Colloquio delle Tecniche infermieristiche, 2-5 giugno 1980, pp. 49-50, riportato in Collière Marie-Françoise, *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, Inter-Editions, 1982. Trad. it. *Aiutare a vivere, dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica*, Sorbona, Milano, 1992, pp. 184-185.

40. *Ibidem*.

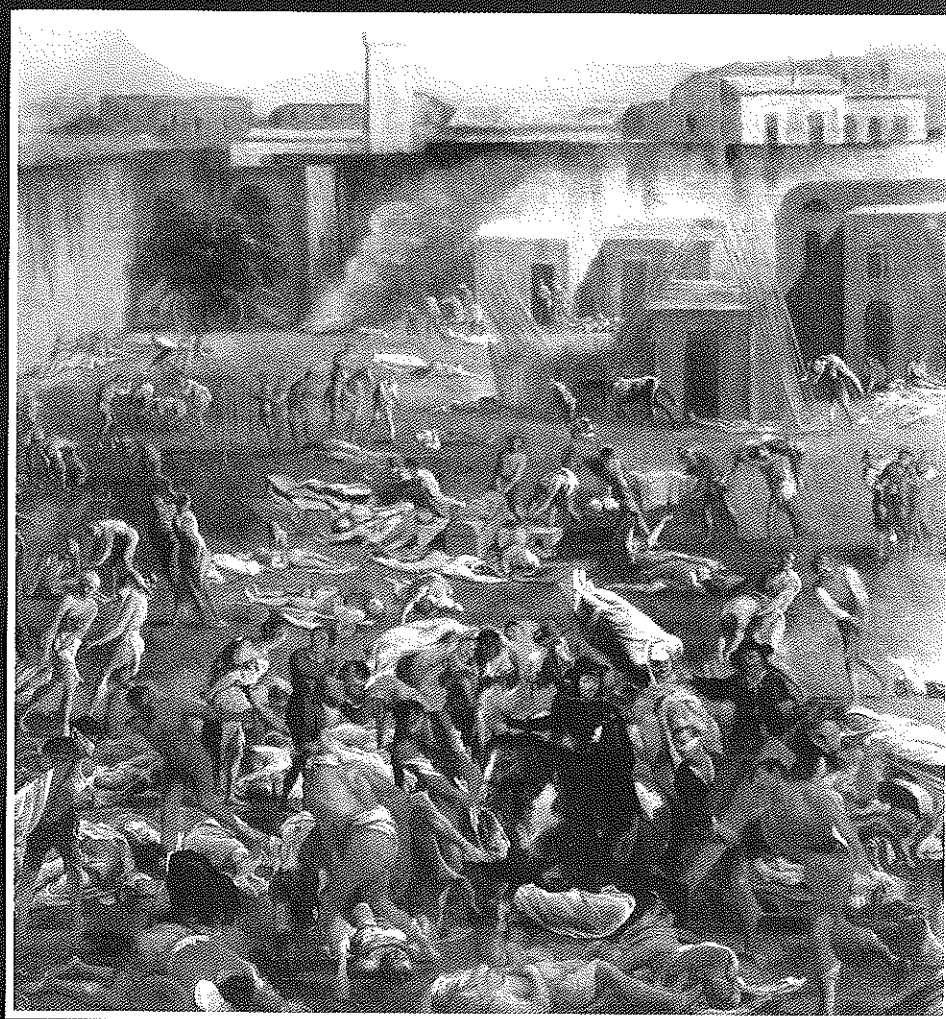
41. Cfr. Paul K. Fayerabend, *Dialogo sul metodo*, Laterza, Roma-Bari, 1995 (1^a ed. 1989), pp. 8ss.

Numero 1, Gennaio - Marzo 1999, Anno IV



NURSING OGGI

Periodico trimestrale di cultura infermieristica



Nuovo codice deontologico

Donazione degli organi

Scienza infermieristica: sviluppo storico-sociale e inquadramento epistemologico

Metodi di valutazione degli studenti al DUI

Legge 42/99



LAURI Edizioni