

Il problema del problema dell'infermieristica: il concetto di bisogno di assistenza infermieristica

Duilio Fiorenzo Manara

Professore associato di infermieristica Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Corrispondenza: manara.duilio@hsr.it

*Not everything that can be counted counts,
and not everything that counts can be counted.
(William Bruce Cameron)*

ABSTRACT

Ogni disciplina ha un oggetto di studio, un problema che è al centro delle sue riflessioni e ne motiva la nascita. Usando un gioco di parole, il problema dell'infermieristica è che non è sufficientemente chiaro quale sia il problema di cui si occupa.

Storicamente, per definirlo, è stato usato il concetto di bisogno di assistenza infermieristica, ed ancora oggi molti corsi di laurea e molti manuali di infermieristica utilizzano teorizzazioni legate ad esso. In questo articolo intendo sostenere che il bisogno di assistenza infermieristica è un concetto tanto valido quanto ingombrante e pericoloso. Valido in quanto nessuna concettualizzazione di una pratica di cura può farne senza. Ingombrante e pericoloso perché la sua apparente semplicità ha causato nel corso degli anni non poche derive dannose per il paziente e per la professione infermieristica. In conclusione, sosterrò il suo utilizzo unicamente da un punto di vista ontologico, mentre cercherò di porre in evidenza i limiti del suo utilizzo quando si pretende di declinarlo in elenchi, teorie o tassonomie operative clinicamente.

Parole chiave: infermieristica, bisogno di assistenza infermieristica, aver-cura, epistemologia, ontologia.

INTRODUZIONE

Dobbiamo la più famosa definizione di cosa sia l'assistenza infermieristica a Virginia Henderson, un'infermiera americana che nel 1960 scriveva: «Funzione specifica dell'infermiera è quella di assistere l'individuo, sano o malato, per aiutarlo a compiere tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute o della guarigione (o a prepararlo ad una morte serena); atti che compierebbe da solo se disponesse della forza, della volontà, o delle cognizioni necessarie, e di favorire la sua partecipazione attiva in modo da aiutarlo a riconquistare il più rapidamente possibile la propria indipendenza» (Henderson & Nite 1960; Henderson 1966, p. 15).

Questa definizione esprime i pregi e i limiti del suo tempo, e in essa cogliamo alcuni rimandi a concetti che sono divenuti fondamentali per la nostra disciplina (autonomia-dipendenza; vulnerabilità-competenza; salute-malattia; partecipazione-coping-self-care ecc.), mentre altri, invece, sono sottaciuti o sottesi (caring, il contesto socio-culturale; i risultati delle cure, la relazione assistenziale ed educativa tra infermiere e paziente ed altri ancora).

In quegli anni, in molti paesi occidentali, si è assistito ad una progressiva moltiplicazione di pubblicazioni aventi per tema la “teorizzazione” dell’assistenza infermieristica, utilizzando spesso il concetto di bisogno di assistenza infermieristica. Questa crescita – che negli Stati Uniti è continuata fino agli anni Settanta, mentre in altri paesi è continuata anche successivamente, – ha suscitato spesso confusione e conflitti di appartenenza. Inoltre, si è notato come molte teorie mancassero di solide basi bibliografiche o, peggio, non facessero alcuna opera di critica o di integrazione nei confronti delle altre. Come ha notato alcuni anni fa John Paley (2006), recensendo duramente la sesta edizione della nota antologia di Marriner-Tomey & Alligood, *Nursing Theorist and their work* (2005): in primo luogo non sono studiati autori estranei al nord America, in secondo luogo si tratta di un testo “celebrativo” piuttosto che accademico, ovvero si interessa solo di presentare e non di analizzare criticamente le varie teorie. Secondo Paley, non c’è critica in questo testo, e non c’è anche come conseguenza del fatto che le stesse teorie sono un «pick ‘n’ mix assortment of concepts» (un’assortita insalata mista di concetti).

Ci apprestiamo quindi con cautela ad affrontare l’analisi di uno dei principali concetti di queste teorizzazioni, il bisogno di assistenza infermieristica. Partiremo dal tema della complessità del gesto clinico, per desumerne tre forme fondamentali della conoscenza infermieristica (ontologica, epistemologica ed etica). Nel secondo paragrafo adotteremo alcune posizioni della filosofia della scienza che ci permetteranno di definire termini come disciplina e teoria, focalizzando l’attenzione sull’oggetto di studio della disciplina infermieristica. Sullo sfondo di queste argomentazioni, nel terzo paragrafo presenteremo i limiti del concetto di bisogno di assistenza infermieristica quando utilizzato come ordinatore in elenchi o tassonomie operative clinicamente.

La complessità della clinica e la filosofia dell’assistenza infermieristica

Prendere decisioni richiede una pluralità di saperi poiché ogni gesto clinico, medico o infermieristico che sia, include un’estrema complessità di fenomeni, da alcuni definita un “grumo” difficilmente districabile (Cavicchi 2010). Infatti, ogni gesto clinico racchiude in sé:

- ✓ Conoscenze relative alla visione che il curante ha del proprio lavoro. Che cosa penso che sia l’assistenza? Se penso ad esempio che sia “aver-cura” del paziente, mi comporto in un modo, ma se penso che è un lavoro come un altro mi comporto diversamente.
- ✓ Conoscenze scientifiche: quali conoscenze ho per prendere una decisione su questo problema? Quali conoscenze metodologiche ho? Quale percorso di ragionamento faccio per capire il problema del paziente e scegliere un intervento?
- ✓ Conoscenze pratiche e tecnologiche, chiaramente indispensabili.
- ✓ Conoscenze organizzative: le risorse, le competenze, i tempi ecc.
- ✓ Conoscenze relazionali: non c’è cura senza relazione, anche in un gesto tecnico c’è relazione, c’è un modo di porsi in cui il corpo del curante incontra il corpo del curato.
- ✓ Conoscenze etiche; per ultime, ma non meno importanti in quando dovrebbero avere la prima e l’ultima parola di ogni gesto di cura. La prima perché ogni gesto di cura nasce dall’apertura del curante alla comprensione del bisogno dell’altro, e l’ultima perché ogni decisione clinica dovrebbe essere eticamente fondata (Mortari 2006; Benner 1994).

La riflessione su questa complessità della clinica è ancora molto assente nei nostri atenei, convegni e riviste italiani. Gli infermieri della mia generazione, e molti ancora dei giovani, sono nati con il *problem solving*, che veniva utilizzato come metodo di pensiero, quando ancora non si aveva consapevolezza del ragionamento clinico applicato all’infermieristica. In una battuta, siamo nati grandi *solver* per piccoli *problem*. Siamo programmati per la soluzione del problema, mentre facciamo fatica a soffermarci sulla comprensione\ concettualizzazione del problema del paziente. In questi primi decenni di riflessione attorno all’assistenza infermieristica abbiamo approfondito come rispondere ai “bisogni” del paziente, ma non abbiamo ancora riflettuto e condiviso abbastanza che cosa sia davvero il “problema” di cui ci occupiamo. Prendendo a prestito le parole di Luciano Violante: «Sappiamo troppo poco, abbiamo discusso troppo poco, possiamo regolamentare soltanto ciò che conosciamo e su cui abbiamo discusso». E’ nozione abbastanza condivisa che le forme del sapere della medicina che sostengono ogni decisione clinica siano sostanzialmente tre: *ontologia*, *epistemologia* ed *etica* (Kikuchi 1992, Kikuchi & Simmons 1994; Edwards 2001; Kenney 2002; Pagnini 2010). L’ontologia è quella branca della filosofia che approfondisce la “natura” delle cose, nel nostro caso la natura della pratica infermieristica. L’epistemologia è invece quella branca della filosofia che studia le condizioni per le quali si può conoscere scientificamente un fenomeno. Infine l’etica è invece quella branca della filosofia che studia le condizioni per le quali un dato comportamento si possa ritenere orientato al bene, o viceversa al male.

Tutte sono presenti quando valutiamo la validità o meno di una decisione clinica, come si diceva un tempo, “in scienza e coscienza”. Semplificando al limite della correttezza, l’ontologia permette di definire il senso ultimo di ogni decisione di cura, l’epistemologia rende questa decisione misurabile, e di conseguenza sempre più efficace ed efficiente, e l’etica – non ultima – la giustifica come valida moralmente.

Nel prossimo paragrafo affronteremo la presenza del concetto di bisogno nel contesto del sapere epistemologico, mentre in questo svilupperemo alcune riflessioni per quanto riguarda i saperi ontologici ed etici.

Per molti autori, il concetto di bisogno nelle cure sanitarie è insostituibile perché la nostre pratiche, dai tempi antichi, sono pratiche “al servizio dei bisognosi”. Questo è evidente sia nell’etimo greco della parola “terapia” o “cura” (Cfr. Aristotele, Pol. 1335b 7), sia in tutti i testi sacri dell’antichità, ancor prima che nei testi monoteistici.

Il bisogno è legato indissolubilmente alla cura per il fatto stesso che è caratteristica esistenziale di ogni forma vivente. Anzi, è la più piccola esperienza di corporeità e di dolore che quotidianamente può fare ciascuno di noi, l’esperienza di essere-nel-bisogno che esprime nel contempo anche la nostra finitudine (Manara, 2000).

Un uomo o una donna che non avessero alcun bisogno sarebbero sostanzialmente dei cadaveri. L’unica condizione – studiata dal filosofo e psicanalista Jacques Lacan (1901-1981) – nella quale un essere umano si trova nella condizione di non percepire alcun bisogno pur essendo un organismo vivente è la condizione prenatale. Ma lo stesso urlo della nascita segna, con la vita extrauterina, l’inizio della condizione di un permanente e ciclico alternarsi di bisogni (Lacan 2016). Ora dovremmo forse aggiungere a questa condizione quella dei pazienti in stato vegetativo resa possibile dall’evoluzione tecnologica delle medicina.

Come dicono i filosofi, la struttura ontologica dell’essere umano è bisognosa e mancante, ed è proprio questa ineluttabile condizione di necessità a reclamare la cura (Mortari 2013, 9; cfr. Heidegger 1976). Secondo Mortari (2013, 10), «Se l’essere umano è strutturalmente mancante d’essere e questa sua mancanza d’essere si manifesta nella necessità di stare in relazione con altri e allo stesso tempo di ricevere cura per dare compimento al suo essere, allora le relazioni di cura costituiscono una necessità ontologica primaria. In altre parole, le relazioni di cura sono necessarie alla vita. Proprio perché il ricevere cura è necessità vitale, aver cura significa stare nell’ordine necessario delle cose».

Il “prendersi cura” ha una primarietà ontologica perché è la cura autentica che “apre le possibilità dell’essere” dell’uomo. L’uomo, per esser tale, ha *bisogno* di essere anzitutto oggetto di cura (piano della passività), e poi di aver cura, cioè di essere soggetto di cura (piano dell’attività e riflessività) (cfr. Benner & Wrubel 1989, 1; Mortari 2006; Masera 2006).

Da qui anche la natura morale della cura. Il bisogno esprime la vulnerabilità del curato in una domanda che chiede risposta, ma la risposta di cura espone il curante alla vulnerabilità della propria stessa condizione di bisognoso e della valutazione dell’effettiva capacità di poter rispondere al bisogno dell’altro. Questo *legame morale tra vulnerabili* è lo spazio della relazione di cura. Scrive infatti Kittay (1999, 99-100): «Sul modello della vulnerabilità, la base morale delle relazioni speciali tra individui deriva dalla vulnerabilità di una parte rispetto alle azioni dell’altro. I bisogni dell’altro sollevano un dovere morale dalla nostra parte quando cerchiamo di trovare in quella posizione speciale rispetto all’altro di poter rispondere a quei bisogni. Possiamo chiamare tali doveri, doveri di risposta alla vulnerabilità [...] La richiesta morale è una richiesta morale nei *miei* confronti solo se mi trovo nella condizione di poter rispondere a quell’esigenza. E’ una richiesta morale per me solo se l’altro è vulnerabile rispetto alle *mie* azioni. Ciò che risulta evidente in questo modello è che la richiesta morale non nasce in virtù delle proprietà di un individuo – costituite da diritti, bisogni e interessi – ma in virtù di una *relazione* tra uno che ha bisogno e un altro che si trova nella condizione di rispondere a quel bisogno».

L’infermieristica, come la medicina, rientra nell’ambito delle “professioni d’aiuto”. Il concetto di aiuto, dunque il modo di aiutare, sotteso nella pratica professionale, dipende primariamente da ciò che si considera essere il bisogno dell’altro. Ma questo bisogno non è mai solo un bisogno organico. Se n’è accorta anche la medicina, con l’attenzione alle pratiche umanistiche, alle metodologie narrative (Charon 2006) o con la pratica della *slow medicine*. Come sostengono da tempo gli infermieri, il bisogno di assistenza non è sempre e soprattutto non è mai solo un dato di fatto organico, oggettivo e quantificabile, ma è sempre un *fatto relazionale* e situato, un fatto dialogico ed estetico (Manara 2000, 210; cfr. Good 1999, 253; Collière 1982; Henderson 1966).

Questo tipo di cura ha i caratteri dell’*embodiment* e della *reciprocità*. Le pratiche di cura della medicina, e ancor più dell’infermieristica, hanno la caratteristica di essere cure corporali, non solo perché ricevute dal corpo del curato, ma perché erogate con il corpo del curante. Scrive Palmieri: «Qui in causa, certamente, vi è l’interpretazione del corpo dell’altro come corpo fatto di bisogni che possono essere espressi e quindi tollerati, colmati, trasformati in altro, piuttosto che come corpo mancante in sé, ridotto a una sofferta condizione di bisogno. [...] È in gioco la possibilità di vedere l’altro oltre il suo bisogno e il suo dolore, come individuo» (Palmieri 2000, 118). Tuttavia, «il modo di intendere il bisogno e il dolore che in esso si può celare, sembra rispecchiare e delineare ulteriormente *il modo* in cui ci si prende cura del corpo dell’altro, e contemporaneamente di sé» (Palmieri 2000, 117, corsivo aggiunto). Dunque nella relazione di aiuto ogni curante porta sempre “tutto se stesso”, non solo in relazione all’altro, ma anche riguardo a sé stesso. E in questa dinamica di reciprocità occorrerà essere in grado di focalizzare la nostra relazione di aiuto sulla persona portatrice di bisogni e non solo sui bisogni della persona, attraverso un processo in cui, come sostiene Heidegger (1976), chi ha cura non si sostituisce all’altro, ma semmai, anticipa in modo emancipatorio la soddisfazione del bisogno (Montagna et al. 2004, 159-160).

Già intuivamo alcuni dei rischi derivanti dall’ambiguità di questo termine che affronteremo nel prossimo paragrafo. Ma qui sottolineiamo ancora come la cura, quest’incontro tra bisognosi e vulnerabili, sia un bene fondamentale dell’umanità, nel quale vi è un ribaltamento sostanziale tra il bene fornito al curato e quello ricevuto dalla pratica stessa al curante (Masera 2006, 5-6).

C’è quindi ancora molto da studiare e da riflettere. Non molto è cambiato da quando Flaming (2004) denunciava lo scarso approfondimento di queste tematiche nell’infermieristica, lamentando il fatto che la nostra disciplina soffre di una “ontologia debole”. Come ha mostrato una recente survey dell’università di Genova, gli argomenti legati allo sviluppo della ricerca sui temi delle teorie e dell’etica sono di gran lunga i meno presenti nei filoni di ricerca delle scuole dottorali dopo più di dieci anni dalla loro istituzione (Bagnasco et al. 2019).

Ma un'ontologia debole prelude a una serie di gravi pericoli:

- 1) La perdita di identità della professione, e il rischio di svendita di parti importanti dell'assistenza ad altre categorie lavorative (vedasi il caso delle "fundamental care" e della progressiva richiesta di professionalizzazione degli operatori socio sanitari);
- 2) La perdita di eticità della pratica, perché tutti riconoscono che l'assistenza è una "value-based profession" (Alfred et al. 2013), ma l'etica ha bisogno di ontologia per evitare che i valori sfocino in moralismi;
- 3) La consegna dell'infermieristica alla "verità che funziona", piuttosto che alla ricerca inesausta della "verità intrinseca" dei fenomeni dell'assistenza (cfr. Kikuchi & Simmons 1994), e il conseguente rischio di organizzazioni che facciano dell'efficienza l'unico parametro di misurazione delle cure;
- 4) La perdita di senso dell'agire infermieristico, perché perdiamo in profondità ciò che con la scienza guadagniamo in estensione.

Tornando al bisogno di assistenza infermieristica, esso è già presente nei testi millenari della "cura ai bisognosi", ma fa la sua piena comparsa come oggetto di studio della neonata disciplina infermieristica.

L'Oggetto di studio della disciplina infermieristica

In questo secondo paragrafo ci concentriamo sul concetto di bisogno di assistenza infermieristica nella conoscenza di tipo scientifico dell'infermieristica, ovvero nella vasta area del sapere di tipo epistemologico.

Ancora oggi, quando i pazienti parlano di noi e delle cure ricevute, la parola bisogno è la categoria più frequentemente utilizzata per motivare il lavoro di cura (Canzan et al. 2013), mentre sul versante disciplinare, il bisogno di assistenza infermieristica (*need for nursing*) è ormai pienamente riconosciuto tra gli antecedenti alla cura infermieristica insieme all'apertura del curante nei confronti del curato (*openness*) (Finfgeld-Connet 2008). Ma è anche operazionalizzabile e misurabile come oggetto di studio?

Seguendo il pensiero falsificazionista di Karl Popper (1970, 311), la conoscenza scientifica si distingue dalle altre forme di conoscenza quando la sua forma logica è tale da «*poter essere confutata dall'esperienza*», ovvero dichiarata in modo che possa essere messa alla prova dei fatti per mezzo di controlli empirici.

«La scienza comincia con problemi» diceva Popper, problemi teorici o pratici che deludono le nostre aspettative, problemi non più risolvibili con il solo senso comune, i miti e le tradizioni. Sono i *problemi* che fanno nascere la scienza – e non l'osservazione, la classificazione o l'esperimento come si pensava un tempo (Popper 1969, 138). Di fronte ai problemi, la stessa disciplina perde importanza: per Popper (1984, 35): «*le discipline non esistono in generale*». Infatti, «noi non siamo studiosi di certe materie, bensì di *problemi*. E i problemi possono attraversare i confini di qualsiasi materia o disciplina. [...] Un problema sorge dalla discussione di una qualche teoria, o dai controlli empirici che la sostengono; e le teorie, contrariamente agli oggetti di studio, possono costruire una disciplina (che potrebbe definirsi un gruppo non ben connesso di teorie, sottoposte a sfide, mutamenti e accrescimenti)» (Popper 1972, 118-119).

Di fronte ad un nuovo problema, vengono formulate teorie che cercano descriverlo, spiegarlo, predirlo e risolverlo, attrezzandosi all'uopo con un linguaggio e metodi adeguati allo scopo. In altre parole, l'identificazione di un nuovo problema, di un nuovo oggetto di studio, mai studiato da altri, fa nascere un nuovo filone di ricerca, fatto di teorie che saranno tanto più scientifiche quanto maggiore sarà il contenuto che esse potranno esporre alla confutazione dei fatti.

Il problema da cui nasce la nostra disciplina (e di conseguenza la nostra professione) corrisponde alla domanda che Florence Nightingale pose come sottotitolo al suo famoso libriccino *Note on nursing. What is it, and What is not* (1859). Che cosa è, e che cosa non è l'assistenza infermieristica? Non possiamo rispondere a questa domanda se non con un'adesione personale o a qualcosa che ricordiamo, o a qualcosa che ricordiamo per averlo studiato, o pensato per averlo esperito. Da allora, centinaia di autori si sono cimentati nell'argomentare, descrivere e misurare il fenomeno dell'assistenza infermieristica, ad ogni livello di approfondimento e di settore applicativo.

Può essere interessante notare che il concetto di bisogno è stato spesso utilizzato nelle fasi iniziali di molte altre discipline umanistiche: in antropologia (ad es. Bronislaw Malinowski), in sociologia (ad es. Karl Marx), in psicologia clinica (ad es. Abraham Maslow), in economia (ad es. Manfred Max-Neef).

Esso è stato centrale anche per le prime fasi della teorizzazione sull'assistenza infermieristica, tanto che Meleis (2013) lo usò per definire la prima "Scuola di pensiero" della nostra disciplina, la Scuola appunto "dei bisogni", poi superata cronologicamente e empiricamente dalle Scuole "delle interrelazioni" e "dei risultati". Secondo Meleis, queste Scuole rispondono ognuna a tre domande fondamentali per la definizione dell'infermieristica come disciplina scientifica: di cosa si occupano gli infermieri? Risposta: dei bisogni di assistenza infermieristica. Come? Attraverso la relazione assistenziale. Con quali risultati? Con esiti correlabili al lavoro dell'infermiere.

Tra il 1952 e gli anni Settanta del secolo scorso, possiamo studiare nella letteratura internazionale decine e decine di teorie e modelli concettuali che hanno fatto del bisogno di assistenza infermieristica il perno attorno al quale coagulare le conoscenze necessarie alla pratica infermieristica (Manara 2000). Hildegard Peplau, Virginia Henderson, Dorothea Orem, Callista Roy, sono solo alcune delle infermiere più note che hanno proposto modelli concettuali basati sul concetto di bisogno.

Nello stesso contenitore disciplinare troviamo teorie e modelli antichi e presenti, alcuni con una solida base scientifica altri meno, e di ogni possibile collocazione concettuale: dal realismo di Florence Nightingale (Porter 2001) all'umanesimo di Virginia Henderson (1966; cfr. Collière 1994), al pragmatismo ad esempio di Faye Glen Abdellah

(1960). Parimenti, troviamo chi pensa che esistano nell'infermieristica paradigmi simili alle altre scienze sociali (Newman 1991; Cohen 2002, 120; Mavundla 2000) e chi pensa che questi paradigmi siano un pezzo di «obsoleto gergo filosofico che deve essere fatto decadere dal nostro discorso» (Risjord 2010, p. 202).

L'operationalizzazione del concetto di bisogno di assistenza infermieristica è praticamente impossibile in quanto, come già intuito da Henderson, ha la stessa cifra di assoluto della *persona* che lo manifesta (cfr. Henderson 1966). Rispondendo al bisogno di assistenza l'infermiere non si può arrestare alla dimensione fisica della persona assistita, ma, se è suo desiderio assisterla veramente, è invitato ad entrare nella complessa costellazione di segni e significati (di ordine psicologico e socio-culturale) che quella persona dà di sé nella particolare situazione in cui si trova. Nella relazione con l'infermiere il bisogno di assistenza riflettere tutte le dimensioni costitutive della persona umana: bio-fisiologica, psicologica e socio-culturale (Bizier 1990, 18) e chiede la considerazione e mobilitazione di competenze personali e familiari (*self-care*), etno-assistenziali e infine disciplinari.

Non stupisce quindi il fatto che in letteratura non riscontrino solide evidenze che avvalorino l'efficacia di una o l'altra di queste macro-teorie e, con esse, il valore empirico delle rispettive definizioni di bisogno di assistenza infermieristica. Negli USA, quando si è trattato di dare una definizione dell'ambito di competenza degli infermieri, si è preferito optare per una definizione che aggirasse il problema: l'assistenza infermieristica [*nursing*] è stata definita dall'American Nurses Association come «la diagnosi e il trattamento delle risposte umane a problemi di salute attuali o potenziali» (ANA 1980). Le leggi della maggior parte degli stati americani descrivono l'infermieristica nei termini indicati dall'ANA. Nel marzo 1990, nel corso della nona conferenza della *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA 2005), l'assemblea generale ha approvato una definizione ufficiale della diagnosi infermieristica: «La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali. La diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a conseguire degli esiti di cui l'infermiere è responsabile».

E' quindi dalla fine degli anni Settanta che negli Stati Uniti il concetto di bisogno di assistenza infermieristica è stato superato a favore della più facilmente identificabile e misurabile "risposta umana ai problemi di salute", definite e sistematizzate tra gli altri da Fitzpatrick (1991). Una definizione che, ammette candidamente Marjory Gordon (1998), poiché lascia il focus della diagnosi infermieristica volutamente astratto, la rende accettabile dalle diverse teorie infermieristiche.

La stessa Lynda Carpenito, a proposito del grave problema di costruire nell'infermieristica un linguaggio proprio, specifico per i problemi dell'infermiere, accenna al tentativo di classificare inizialmente tali problemi attraverso il concetto di bisogno, per esempio riferendosi al pensiero di Virginia Henderson, ma ammette che tali tentativi «non sono stati portati avanti» (Carpenito 2000, 7).

Entrambi i principali sistemi di costruzione delle diagnosi infermieristiche (NANDA e ICNP) includono ancora oggi un richiamo ai bisogni di assistenza, peraltro non meglio definiti. Secondo NANDA (2005; Newfield et al. 2007), i bisogni fondamentali sono uno dei determinanti del dominio Funzionale del sistema tassonomico. Secondo l'International Classification Nursing Practice (ICNP®), una diagnosi infermieristica è invece «un'etichetta data da un infermiere che prende una decisione sul paziente/cliente a seguito di una valutazione in relazione ad un bisogno assistenziale» (Marucci et al. 2015).

Tuttavia una semplice indagine sui motori di ricerca può rendere evidente a tutti il tramonto dell'uso del concetto di bisogno di assistenza infermieristica nella teoria e nei modelli della disciplina. Nell'importante testo di Cutcliffe & McKenna, *The Essential Concepts of Nursing* (2005), il bisogno non è nemmeno citato nell'indice analitico.

I motivi di questa assenza, a mio avviso, non sono solo da ricercare nella giovane età della nostra disciplina. E' tipico delle prime fasi di ogni programma di ricerca quello di avere un "nucleo" ancora indefinito e adombrato (Lakatos 1976). Piuttosto, non possono più esserci dubbi sul fatto che il concetto di bisogno di assistenza infermieristica, nelle sue diverse teorizzazioni fin qui proposte, non abbia saputo reggere al riscontro della ricerca empirica.

I pericoli dell'uso del concetto di bisogno come elemento diagnostico

Abbiamo considerato la cura come una risposta alla condizione di bisogno, e, nella sua essenza, come una pratica di relazione (Bubeck 2002, 162; Benner & Wrubel 1989). Se quindi è lecito utilizzare ancora il concetto di bisogno di assistenza infermieristica per definire ontologicamente l'oggetto di studio dell'infermieristica, abbiamo tuttavia riscontrato la sostanziale falsificazione delle teorie che hanno cercato di usarlo, espresso in tassonomie e modelli concettuali, come elemento diagnostico della clinica per orientare degli interventi assistenziali. Ciononostante, paradossalmente, troviamo ancora in letteratura alcuni studi che utilizzano come base teorica il pensiero di Maslow (Shih et al. 2019; Toney-Butler & Thayer 2019; Maslow & Mezey 2008), una teoria nata in ambito psicologico, spesso criticata come etnocentrica dagli stessi psicologi e totalmente inadeguata a descrivere il fenomeno infermieristico (Manara 2000, 135ss).

Un'ontologia debole apre la strada ad ogni sorta di velleità.

Al contrario, una disciplina matura dovrebbe coerentemente coniugare classificazioni falsificabili con solide basi ontologiche ed etiche. Parafrasando Quine ("No entity without identity"), noi sanitari dovremmo dire: "No evidence without salience". *Nessuna evidenza senza salienza*, senza attribuzione di senso alle pratiche di cura. E' in questo modo che la conoscenza scientifica e i suoi strumenti standardizzati – chiaramente indispensabili nella medicina moderna – sono guidati dall'arte morale e dall'etica della responsabilità del singolo professionista (Benner & Wrubel 1989).

I motivi di tale fallimento nell'uso del concetto di bisogno di assistenza come punto di repere falsificabile della disciplina infermieristica (fallimento da intendersi ovviamente positivamente perché, nella ricerca scienza, ogni negazione apre la strada a nuove vie) sono almeno tre: ambiguità concettuale, eccedenza empirica e meccanicismo-paternalismo.

- 1) *Ambiguità concettuale*: non sempre il concetto di bisogno è stato sufficientemente differenziato chiarendo le distinzioni tra bisogno e desiderio o abitudine, tra bisogni fondamentali e specifici, tra bisogno e azione responsoria, tra bisogno e competenze\mezzi per la sua soluzione. Spesso è servito per porre enfasi alla risposta, più che alla realtà di bisogno del paziente, come ad esempio in Henderson (Manara 2000, 79ss). Una concezione troppo ambigua (e troppo ampia) delle funzioni dell'infermiera può indurre a dimenticare che molti sono i fattori che condizionano l'appagamento dei bisogni dell'uomo e non tutti sono di competenza infermieristica. «Questo atteggiamento di onnipotenza rispetto ai bisogni di una persona – scrivono ad esempio Paola Di Giulio et al. (1982) nel primo numero della *Rivista dell'infermiere* a proposito di alcune applicazioni della Henderson – rappresenta un limite, perché molti di questi non potranno mai essere soddisfatti, molti altri sono i fattori che concorrono alla soddisfazione dei bisogni di una persona: la componente religiosa, l'affetto, la famiglia, cioè tutta la rete di relazioni spesso interrotte e compromesse durante la malattia e l'ospedalizzazione».
- 2) *Eccedenza empirica*: per Lakatos (1976) è la situazione in cui il mondo reale mostra dati che non sono spiegati dalla teoria, ovvero questa non "copre" tutte le situazioni che vorrebbe spiegare e risolvere. Non tutte le teorie hanno sondato ad esempio la relazione tra il bisogno di assistenza e la dimensione psichica, socio-culturale e valoriale del paziente e della sua famiglia (Manara 2000). La complessità della clinica non può essere semplificata con questo solo concetto, che si espone di conseguenza all'accusa di riduzionismo.
- 3) *Meccanicismo-paternalismo*: se una realtà complessa viene semplificata in modo improprio, essa viene resa disponibile a soluzioni semplicistiche e automatiche, che non arrivano a cogliere la profondità dell'appello del paziente. Da qui anche l'accusa di paternalismo nel concepire il paziente come portatore di bisogni e non di potenzialità e di risorse adattive (Collière 1994). La sofferenza sottesa all'esperienza di malattia richiede più di un semplice soddisfacimento dei bisogni (Delmar 2006).

Più in generale, il rischio è di rispondere ad un bisogno senza entrare in relazione con il suo portatore, o come direbbe forse Lacan (2016), di rispondere al bisogno fondamentale (la mancanza di qualcosa di vitale che condividiamo con gli altri esseri viventi) senza cogliere il reale significato della domanda espressa dal suo portatore. Facendo questo non si riconosce l'autonomia e l'*empowerment* del paziente, ma al contrario si rischia di cogliere del bisogno dell'altro solo ciò che utilitaristicamente ci interessa, o di utilizzare il bisogno dell'altro per i propri bisogni. Il risultato sono cure esclusivamente sostitutive, abitudinarie e asettiche, oppure – all'opposto – cure eccessive e opprimenti. Facendo questo dimentichiamo che, al contrario, sia la domanda del bisognoso della nostra presenza, cioè di aver risposta al proprio bisogno, sia la sua domanda di una nostra assenza, cioè la richiesta di autonomia del curato che acquista o recupera competenze di self-care, sono in fondo sempre una domanda di relazione, di rispetto e di amore. E la domanda di amore si ribella alla mera soddisfazione del bisogno (Lacan 2016).

Le teorie psicanalitiche e strutturaliste, la filosofia critica, il pensiero della contestazione politica hanno mostrato tutti i limiti e le distorsioni di un modello basato sulla logica *bisogno/prestazione assistenziale*. Un modello che rende subalterno il paziente e ne congela le risorse e le capacità di cambiamento (Manara 2000). E' questo uno schema che diventava funzionale al mantenimento dell'emarginazione e della subordinazione del bisognoso rispetto ai tecnici, e di fatto produce un controllo sociale con lo scopo latente d'impedire che il disagio produca perturbazioni al sistema complessivo (Mustacchi 2001, 40).

In presenza di tali fraintendimenti sulla cura, sono più comprensibili le fatiche che molti pazienti mostrano nell'esprimere ai curanti – familiari e professionisti – la loro malattia e il «marchio infamante della propria condizione di bisognoso» (Maffei, 2006). In mancanza di una cura autentica sono impediti dall'intraprendere il proprio percorso di salute e di sviluppo. Se l'essere-nel-bisogno è l'elemento per cui la cura è un fatto esistenziale, come dicono i filosofi, è nella *reciprocità* e nella *complementarietà* tra i due protagonisti, entrambi esseri-nel-bisogno, che si realizza la cura. Senza la cura all'altro lui resta nel bisogno e nell'impossibilità di realizzarsi; parimenti, senza una cura autentica per l'altro, io non divento me stesso (Mayeroff 1971).

CONCLUSIONI

L'oggetto di studio dell'infermieristica, quantomeno in Italia, è ancora poco discusso e risulta confuso. In questo scritto abbiamo mostrato come il concetto di bisogno di assistenza infermieristica possa essere utilizzato validamente a livello ontologico, mentre a livello epistemologico mostri limiti a nostro avviso invalicabili, almeno quando lo si voglia usare come tassonomia diagnostica dei problemi del paziente.

Dunque, le condizioni per continuare a parlare di bisogno di assistenza nell'infermieristica contemporanea, caratterizzata da una crescente complessità clinica, sono di migliorarne la teorizzazione a livello ontologico e costruire o adottare sistemi diagnostici (misurabili, e quindi falsificabili) coerenti con questo oggetto di studio e con le conseguenze che esso richiede.

Siamo in una fase della nostra giovane disciplina nella quale constatiamo una mole enorme di ricerca clinica, e una più cauta produzione teoretica, rispetto a qualche decennio fa. Ritengo che questo sia un bene perché partendo dalla clinica abbiamo sviluppato teorie a micro e medio raggio che allargano la base di conoscenze falsificabile che

l'infermiere ha a disposizione, e insieme a questo, si tratta di conoscenze che hanno sviluppato negli infermieri una capacità di pensiero riflessiva (invece che applicativa) che permette di imparare meglio dalla nostra buona pratica clinica. Come dice Benner (1984, xxii), il più delle volte la chiarezza concettuale su un fenomeno complesso viene dopo, non prima di averne fatto una solida esperienza personale.

La discussione dei prossimi anni mostrerà se il concetto di bisogno di assistenza infermieristica possa essere utile per collegare tra loro le diverse forme di conoscenza dell'infermieristica, o debba essere definitivamente abbandonato anche nel nostro Paese.

Tuttavia, la riflessione ontologica dovrebbe essere approfondita, perché non tutto ciò che conta può essere contato e non tutto ciò che può essere contato conta (Cameron 1963). E' auspicabile dunque che le prossime generazioni di infermiere ed infermieri non abbandonino il pensiero e la ricerca sui fondamenti dell'infermieristica, per combattere i pericoli di un'ontologia debole, di un fare senza profondità di pensiero, di un lavoro scientificamente fondato ma privo di sentimento e di valore.

BIBLIOGRAFIA

- Abdellah FG, et al. (1960) *Patient-centered approaches to nursing*, Macmillan, New York.
- Alfred D, Yarbrough S, Martin P, Mink J, Lin YH, Wang LS (2013) *Comparison of professional values of Taiwanese and United States nursing students*. *Nurs. Ethics*, 20(8), 917-926.
- ANA, American Nurses Association (1980) *ANA social policy statement*, ANA, Washington DC.
- Bagnasco A, Watson R, Barisone M, Pellegrini R, Timmins F, Aleo G, Bressan V, Cadorin L, Dasso N, Valcarengi D, Catania G, Zanini M, Sasso L (2019) *Lo sviluppo della ricerca infermieristica in Italia a dieci anni dall'istituzione delle scuole dottorali*. *Professioni infermieristiche*, 72(3), 165-70.
- Benner P (1984) *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*, Addison-Wesley, Menlo Park, trad. it. *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere*, McGraw-Hill, Milano, 2003.
- Benner P, Wrubel J (1989) *The primacy of caring*, Addison-Wesley, Reading, MA.
- Benner P. ed (1994) *Interpretive phenomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness*, Sage publications, London.
- Bizier N (1990) *Dal pensiero al gesto. Un modello concettuale di assistenza infermieristica*, Ed. Sorbona, Milano (1^a ed. orig. 1987).
- Bubeck DE (2002) *Justice and the labor of care*. In Kittay EF, Kittay EF, eds, *The subject of care. Feminist perspectives on dependency*, Rowman & Littlefield Publishers, Lanham (Md), 160-85.
- Cameron WB (1963) *Informal Sociology: A Casual Introduction to Sociological Thinking*, Random House, New York.
- Canzan F, Saiani L, Mortari L, Ambrosi E (2013) *Quando i pazienti parlano di cura: uno studio qualitativo fenomenologico*. *AIR*, 32(4) 205-12.
- Carpenito LJ (2000) *Nursing Diagnosis. Application to clinical practice*, 8th ed, Lippincott company, Philadelphia, trad. it. *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*, CEA, Milano, 2001.
- Cavicchi I (2010) *La relazione di cura*. In Battaglia L, Carpanelli I, Tuveri G, eds, *Etica della cura in oncologia*, Carocci, Roma, 41-50.
- Charon R (2006) *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, New York, 2006, trad. It. *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, Raffaello Cortina, Milano, 2019.
- Cohen MZ (2002) *Introduzione alla ricerca qualitativa*. In Lo Biondo-Wood G, Haber J, *Metodologia della ricerca infermieristica*, 5th ed., McGraw-Hill, Milano, 117-128.
- Collière M-F (1994) *Retrouver la nature des soins infirmiers*. Introduction à Virginia Henderson, *La nature des soins infirmiers*, M-F. Collière ed, InterEditions, Paris, 1994.
- Collière M-F. (1982) *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Inter-Editions, Paris, trad. it. *Aiutare a vivere, dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica*, Sorbona, Milano, 1992.
- Cutcliffe J, McKenna H, eds, (2005) *The essential concepts of nursing: a critical review*, Elsevier, Edinburgh.
- Delmar C (2006) *The phenomenology of life phenomena in a nursing context*. *Nursing Philosophy*, 7 235-46.
- Di Giulio P et al. (1982) *Alcune teorie del Nursing*. *Rivista dell'infermiere*, 1, 32-45.
- Edwards SD (2001) *Philosophy of nursing*, Palgrave, Basingstoke.
- Finfgeld-Connett D (2008) *Meta-synthesis of caring in nursing*. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 196-204.
- Fitzpatrick JJ (1991) *Taxonomy II: Definitions and development*. In Carroll-Johnson RM, ed. *Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of the Ninth Conference*. Lippincott, Philadelphia.
- Flaming D (2004) *Nursing theories as nursing ontologies*. *Nursing Philosophy*, 5, 160-74.
- Good BJ (1999) *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Edizioni di Comunità, Torino.
- Gordon M (1998) *Nursing Nomenclature and Classification System Development*. *Online Journal of Issues in Nursing*, 3(2).
- Heidegger M (1976) *Essere e tempo*, Longanesi, Milano (1^a ed. orig. 1927).
- Henderson V, NITE G (1960) *Principles and practice of nursing*, Macmillan Co, New York.

- Henderson V (1966) *The Nature of Nursing: A Definition and its Implications for Practice, Research, and Education*. Macmillan Publishing, New York.
- Kenney JW (2002) *Philosophical and Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice*, 3rd Ed, Jones & Bartlett Pub, London.
- Kikuchi JF & Simmons H (1994) *A pragmatic philosophy of nursing: threat or promise?* In Kikuchi JF, Simmons H, eds, *Developing a philosophy of nursing*. Sage publications, London, 79-94.
- Kikuchi JF (1992) *Nursing questions that Science cannot answer*. In KIKUCHI JF, SIMMONS H, eds, *Philosophic inquiry in nursing*, Sage Publications, Newbury Park, California, 26-32.
- Kittay EF (1999) *Love's labor. Essais on women, equality and dependency*, Routledge, New York, trad. tit. *La cura dell'amore. Donne, uguaglianza, dipendenza, Vita e Pensiero, Milano, 2010*.
- Lacan J (2016) *Il seminario. Libro VI. Il desiderio e la sua interpretazione 1958-1959*, Torino, Einaudi.
- Lakatos I (1976) *La falsificazione e la metodologia dei programmi di ricerca scientifici*. In Lakatos I, Musgrave A, *Critica e Crescita della Conoscenza*, Feltrinelli, Milano (1^a ed. orig. 1970).
- Maffei E (2006) *La cura ovvero il riconoscimento della dignità della vita*. Cit. in Masera G, *Prendersi cura dell'altro. Dal rispetto al riconoscimento attraverso il dialogo e la cura*, Il Pensiero scientifico editore, Roma.
- Manara DF (2000) *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*, Lauri Edizioni, Milano.
- Marriner-Tomey AM, Alligood MR (2005) *Nursing Theorist and their work*, 6th ed., Mosby Elsevier, St. Louis (1^a ed. orig. 1998).
- Marucci AR, De Caro W, Petrucci C, Lancia L, Sansoni J (2015) *ICNP® - Classificazione Internazionale per la pratica infermieristica: origini, strutturazione e sviluppo*. *Professioni Infermieristiche*, 68(2), 131-40.
- Masera G (2006) *Prendersi cura dell'altro. Dal rispetto al riconoscimento attraverso il dialogo e la cura*. Il Pensiero scientifico editore, Roma.
- Maslow K, Mezey M (2008) *Recognition of dementia in hospitalized older adults*. *Am J Nurs*, 108(1), 40-50.
- Mavundla TR (2000) *Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting*. *Journal of Advanced Nursing*, 6, 1569-78.
- Mayeroff M (1971) *On Caring*, Harper and Row, New York.
- Meleis AI (2013) *Teoretica infermieristica. Sviluppo e progresso della filosofia e delle teorie infermieristiche*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Montagna L, Visioli S (2004) *Formare al corpo gli operatori sanitari: un'esperienza di clinica della formazione*. In Zannini L, ed, *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*, Franco Angeli, Milano, 136-82.
- Mortari L (2013) *Il dolore e la cura*. In Mortari L, Saiani L, *Gesti e pensieri di cura*, McGraw-Hill, Milano, 1-20.
- Mortari L (2006) *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano.
- Mustacchi G ed. (2001) *Nel corpo e nello sguardo. L'emozione estetica nei luoghi della cura e della formazione*, Unicopli, Milano.
- NANDA (2005) *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2005-2006*. NANDA International, Philadelphia.
- Newfield SA, Hinz MD, Tilley Scott D, Sridaromont KL, Maramba PJ (2007) *Cox's clinical applications of nursing diagnosis: adult, child, women's, mental health, gerontic and home health considerations*, 5th ed., FA Davis., London.
- Newman MA (1991) *Prevailing paradigm in nursing*. *Nursing Outlook*, 1, 10-3.
- Nightingale F (1859) *Notes on Nursing. What it is and what it is not*, trad. it. *Cenni sull'assistenza degli ammalati*, ristampa a cura dell'Associazione Regionale delle Infermiere/i e altri Operatori Sanitario-Sociali, Milano, 1980.
- Pagnini A ed. (2010) *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*. Carocci Editore, Roma.
- Paley J (2006) *Book review Marriner Tomey Ann, Alligood Martha Raile, Nursing theorists and their work*, 6th ed., Mosby Elsevier, St Louis, 2005. *Nursing Philosophy*, 7(4), 275-80.
- Palmieri C (2000) *La cura educativa. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educare*, Franco Angeli, Milano.
- Popper KR (1969) *Problemi, scopi e responsabilità della scienza*. In Popper KR, *Scienza e filosofia*, Einaudi, Torino.
- Popper KR (1972) *La natura dei problemi filosofici*. In Popper KR, *Congetture e confutazioni*, Il Mulino, Bologna.
- Popper KR (1970) *Logica della scoperta scientifica*, Einaudi, Torino.
- Popper KR (1984) *Poscritto alla logica della scoperta scientifica*, Vol. 1, *Il realismo e lo scopo della scienza*, Il Saggiatore, Milano.
- Porter S (2001) *Nightingale's realist philosophy of science*. *Nursing Philosophy*, 2, 14-25.
- Risjord M (2010) *Nursing Knowledge: Science, Practice, and Philosophy*, Wiley-Blackwell, Oxford.
- Shih CY, Huang CY, Huang ML, Chen CM, Lin CC, Tang FI (2019) *The association of sociodemographic factors and needs of haemodialysis patients according to Maslow's hierarchy of needs*. *J Clin Nurs*, 28(1-2), 270-8.
- Toney-Butler TJ, Thayer JM (2019) *Nursing Process*. In *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>.