

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI
PARMA**

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

**I verbi della cura:
ripensare la cura attraverso la
voce degli operatori**

Relatore:

Chiar. ma Prof.ssa Giuliana Masera

Laureanda:

Maria Teresa Partelli

Anno Accademico 2005 –2006

A mia madre

A mio figlio

A Luigi

INDICE

Riassunto

Introduzione

Parte prima

Capitolo I

L'idea di cura nel pensiero di Patricia Benner

- 1.1 Esperienza e competenza: elementi fondamentali per una buona pratica pag. 10
- 1.2 La conoscenza racchiusa nella competenza pratica pag. 15

Capitolo II

“Una lettura di Duilio Manara sulla teoria di Patricia Benner”

- 2.1 Personalizzazione e standardizzazione dell'agire infermieristico: quale rapporto? pag. 27
- 2.2 Condizioni per una buona pratica infermieristica pag. 40

Capitolo III

I verbi della cura

- 3.1 La cura: dare tempo all'altro pag. 48
- 3.2 I verbi della cura: Occuparsi, Preoccuparsi, Aver premura, Aver devozione pag. 51
- 3.3. L'essenza dell'aver cura pag. 54

Parte seconda

Presentazione della ricerca “I verbi della cura: ripensare la cura attraverso la voce degli operatori”

❖ Le ragioni di una ricerca	pag. 70
❖ Strumenti della ricerca: Ipotesi, Obiettivi, Metodi	pag. 72
❖ La voce degli Infermieri stranieri	pag. 74
❖ Conclusioni della ricerca	pag. 86
Conclusioni	pag. 87
Bibliografia	pag. 90
Allegati	pag. 93
Ringraziamenti	pag. 94

Riassunto

Il filo conduttore del mio elaborato è cercare di scoprire e comprendere meglio come l'attività di cura sia vissuta dagli infermieri partendo dal lavoro di Patricia Benner, teorica dell'Infermieristica americana, che nella sua opera principale "From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice" ha messo in luce come l'esperienza e la relazione costituiscano qualità insostituibili nell'agire la cura infermieristica.

Confrontandomi quindi con il pensiero di Luigina Mortari, Pedagogista italiana, ho declinato la cura attraverso quattro verbi quali: Occuparsi, Preoccuparsi, Aver premura, Aver devozione, cercando poi di cogliere, attraverso una ricerca sul campo, come questi atteggiamenti caratterizzino la cura "praticata" dagli infermieri stranieri operanti nell' Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Le interviste agli infermieri sono state trascritte integralmente per restituire fedelmente il loro pensiero senza interpretazioni di sorta.

Ho scelto come campionamento infermieri stranieri perché penso sia sempre più urgente e necessario aprirsi all' ascolto e al dialogo con l'altro , accettandolo e riconoscendolo quale "persona", superando i pre-giudizi che la società e la cultura negli anni hanno contribuito a sedimentare e per cogliere quelle sottilissime sfumature insite nell'interpretazione del loro "agire la cura".

Introduzione

Nel corso della vita tutti gli esseri umani sperimentano momenti in cui hanno bisogno di ricevere cura, poiché nessuno è in grado di soddisfare autonomamente tutte le condizioni necessarie alla vita.

La cura costituisce, dunque, una risposta necessaria ad una condizione di forte dipendenza da altri. In questo senso si può parlare della cura come di una necessità universale della condizione umana : anche se ogni società interpreta diversamente i modi della cura, perché differenti sono le concezioni di benessere, tutti hanno comunque necessità di cura.

La cura richiede tempo: è dare tempo all'altro.

Per attualizzarsi la cura necessita che chi-ha-cura e chi-riceve-cura comunichino ed interagiscano l'uno con l'altro e che in questa interazione chi-ha-cura eserciti le qualità distintive dell'essere umano: linguaggio, pensiero ed emozioni che consentano di empatizzare e comprendere i reali bisogni dell'altro.

Partendo da queste riflessioni, nella prima parte della tesi, ho cercato in Patricia Benner le ragioni in merito all'agire la cura da parte dell'infermiere, ponendo particolare attenzione alle

capacità assistenziali derivanti dall'esperienza.

Patricia Benner applica all'infermieristica, come chiave di lettura dell'esperienza di pratica assistenziale, il modello Dreyfuss sull'acquisizione delle abilità .

I cinque livelli di abilità che ne derivano, riassumono e riflettono l'esperienza formativa, professionale e clinica degli infermieri nelle varie fasi del loro percorso di vita professionale. Ecco, dunque, che l'eccellenza nell'esercizio professionale trova il suo itinerario attraverso cinque livelli di abilità del professionista: l'infermiere novizio, l'infermiere principiante avanzato, l'infermiere competente, l'infermiere abile e l'infermiere esperto.

Le trentuno competenze professionali che ne derivano, descritte dagli infermieri intervistati e segnalati nel testo della Benner, vengono poi classificate in sette aree di pratica infermieristica:

- Ruolo di aiuto
- Funzione di insegnamento-coaching (attività dell'allenatore)
- Funzione diagnostica e di monitoraggio del paziente
- Gestione efficace di situazioni soggette a rapidi cambiamenti
- Somministrazione e monitoraggio di interventi e regimi terapeutici

- Monitoraggio ed assicurazione della qualità delle attività di assistenza sanitaria
- Competenze organizzative e relative al ruolo lavorativo

Nella seconda parte della tesi, sollecitata dalle riflessioni di Lugina Mortari contenute nel suo testo “*La pratica dell’aver cura*”, ho cercato in particolare di comprendere come anche gli infermieri stranieri operanti nell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma intendano la cura utilizzando, quale metodica d’indagine, un’intervista semistrutturata che sottoponesse alla loro riflessione personale quattro termini legati alla pratica assistenziale: Occuparsi, Preoccuparsi, Aver premura ed Aver devozione.

Capitolo I

L'idea di cura nel pensiero di Patricia Benner

1.1 Esperienza e competenza: elementi fondamentali per una buona pratica

Il testo di Patricia Benner "From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice" (1984) è divenuto rapidamente uno dei classici dell'infermieristica mondiale. Si tratta della presentazione dei risultati di un lungo studio interpretativo che ha coinvolto sette scuole per infermieri e cinque ospedali e che aveva per obiettivo lo sviluppo di metodi per il consenso, l'accertamento e la valutazione della pratica infermieristica. Benner sospettava che gli infermieri non avessero l'abitudine di documentare adeguatamente ciò che apprendevano dalla loro attività clinica, privando così la teoria infermieristica dell'unicità e della ricchezza delle conoscenze che, come in ogni campo, possono derivare solo dai dettagli e dalle situazioni di una pratica esperta.

Analizzando i dati raccolti, l'Autrice ha potuto descrivere cinque livelli di competenza nella pratica clinica dell'infermiere:

novizio, principiante avanzato, competente, abile ed esperto.¹

Gli obiettivi da lei esplicitati nel libro, sono quelli volti a studiare l'apprendimento dall'esperienza nella pratica infermieristica, di esaminare l'acquisizione di abilità basata sull'apprendimento clinico e di articolare la conoscenza racchiusa nelle attività degli infermieri.

Le narrazioni riguardanti l'apprendimento dall'esperienza collegano il discente, il contesto, le relazioni ed il tempo.

Basate sull'esperienza, appunto, esse raccolgono comuni difficoltà e vulnerabilità umane che si possono presentare diversamente in altri contesti culturali ed organizzativi.

Gli infermieri leggendo quanto scritto hanno commentato che le convinzioni dell'Autrice traducono in parole ciò che hanno sempre saputo, ma che non sono mai stati capaci di esprimere sulla pratica infermieristica.

¹Benner P, "L' eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza", McGraw-Hill, Milano, 2003.

La ricerca eseguita da Benner dimostra che la pratica clinica costituisce *di per sé* una modalità di conoscenza. Essa offre infatti una visione alternativa di un *know how* (conoscenza / sapere) infermieristico qualificato, di una ricerca clinica costante e dello sviluppo di una conoscenza clinica nella pratica infermieristica.

In quanto membro-partecipante della tradizione, rappresentata dalla pratica dell'assistenza infermieristica, ogni infermiere "poggia i propri piedi" sulle spalle dei colleghi di ieri e di oggi.

La maniera in cui trattiamo il nostro apprendimento dall'esperienza quotidiana, nell'attività clinica, determina la misura in cui la nostra formazione e la nostra ricerca diverranno sia collettive sia cumulative, oltre che collegate in modo vitale a tale attività.

In quanto pratica professionale, l'infermieristica, deve far fronte continuamente alla sfida di svilupparsi o subire una flessione.

Una pratica professionale cresce grazie all'apprendimento dall'esperienza ed alla trasmissione di quanto appreso nei contesti reali.

Le attività di assistenza hanno, alla base, l'incontro con altre persone particolari e concrete e la risposta ad esse. Diventare un membro-partecipante della pratica infermieristica implica l'intenzione di prestare aiuto e l'impegno nello sviluppo di tali attività.

Un obiettivo di tutto il lavoro di Benner è di rendere visibili le attività assistenziali che sono parte integrante di una pratica infermieristica eccellente.

Le storie raccontate dagli infermieri mostrano come si possono fare connessioni di importanza vitale pur in giornate piene di impegni e in mezzo a richieste molteplici.

Gli infermieri che esercitano l'assistenza, man mano che imparano dai pazienti e dai loro famigliari, sviluppano sia la conoscenza clinica sia la capacità di azione morale.

L'apprendimento dall'esperienza in situazioni ad alto rischio richiede coraggio ed un ambiente che sostenga tale apprendimento; le storie narrate dagli infermieri rivelano questo apprendimento esperenziale, incentrato sulla persona che agisce: un carente riconoscimento pubblico della natura della conoscenza infermieristica fa sì che nei contesti locali in cui si pratica l'assistenza, l'apprendimento clinico venga trascurato.

E' ampiamente attestato che gli infermieri segnalino tempestivamente determinate modificazioni cliniche nei pazienti in modo da salvare loro la vita. Gli infermieri somministrano terapie preparate al momento a seconda delle risposte dei pazienti; attività assistenziali che includono la relazione terapeutica ed il *coaching*, aiutano pazienti e famigliari a far fronte alla malattia. E' ormai evidente che le pratiche assistenziali insite nei ruoli di insegnante-allenatore e di colui che presta aiuto, hanno avuto un valore essenziale per il successo di interventi medici altamente tecnici, poiché li hanno resi sicuri e meritevoli di fiducia da parte dei pazienti.

Gli infermieri scrivono spesso una chiarezza percettiva riguardo ai segni ed ai sintomi dei pazienti che si basa sulla loro esperienza precedente. Articolare la conoscenza che è insita nelle attività cliniche ed assistenziali degli infermieri e di altri operatori sanitari rappresenta un modo di mettere al centro queste attività competenti, evitando che restino marginali .

E' necessario che le attività di assistenza, intese come prendersi cura delle persone, siano articolate e recuperate (cioè rese pubbliche in modo che possano essere legittimate e valorizzate),

poiché sostengono quelle relazioni degne di fiducia che rendono possibile la promozione della salute, il suo ripristino e la riabilitazione. Tali attività non si possono sviluppare se si continua a sottovalutarle! Considerare il *caring* un'attività professionale mette in luce le conoscenze e le capacità che sono richieste da un'assistenza eccellente.

L'attività infermieristica è e deve continuare ad essere un'attività professionale radicata nella società e detenuta da una collettività.

1.2 La conoscenza racchiusa nella competenza pratica

La pratica infermieristica è sempre stata studiata prevalentemente dal punto di vista sociologico: grazie a questi studi si sono apprese molte cose circa le relazioni di ruolo, la socializzazione e l'acculturazione in tale pratica.

Gli infermieri non sono stati accurati nel tenere una registrazione del loro apprendimento clinico!

Questa carenza nella registrazione delle nostre attività ed osservazioni cliniche, ha privato la teoria infermieristica dell'unicità e della ricchezza della conoscenza che è racchiusa in una pratica clinica esperta, mentre attività ed osservazioni ben documentate sono essenziali per lo sviluppo della teoria.

La competenza si sviluppa quando il clinico² sottopone a test e perfeziona proposizioni, ipotesi ed aspettative basate su principi.

L'esperienza (Heidegger, 1962; Gadamer, 1970)³ deriva dal fatto che nozioni ed ipotesi preconcepite sono messe alla prova, perfezionate o disconfermate dalla situazione reale.

L'esperienza è pertanto un requisito della competenza. Per esempio, il *problem solving* di un infermiere abile od esperto è diverso da quello di un infermiere all'inizio della carriera o semplicemente competente: possiamo attribuire questa differenza al *know how* che si acquisisce con l'esperienza.

L'infermiere esperto percepisce la situazione come un insieme, utilizza le concrete situazioni del passato come paradigmi e si muove verso la parte precisa del problema senza perder tempo a considerare un numero di opzioni irrilevanti (Dreyfuss H., 1979; Dreyfuss S., 1982)⁴.

² E' opportuno precisare che "clinico" non equivale a "medico". La clinica consiste nell'applicazione della diagnostica e della terapia al letto del malato, con l'obiettivo di risolvere i suoi problemi partendo dalla raccolta dei dati che lo riguardano. Possiamo affermare che il metodo clinico è unico e che può essere adottato da qualunque professione che abbia la responsabilità di risolvere problemi di salute di una persona; le sue modalità di applicazione dipendono dai saperi disciplinari che sono di volta in volta in gioco. Nel campo che qui interessa sono stati sviluppati metodi e tecniche per l'accertamento infermieristico, si formulano diagnosi infermieristiche, si pianificano e si attuano interventi infermieristici e così via. Si può dunque parlare di clinica infermieristica.

³ Gadamer, G. 1970. *Truth and method*. London: Sheer Ward.
Heidegger, M. 1962. *Being and time*. New York: Harper Row. Trad. It.: "Essere e tempo" Guida, Napoli, 1998.

⁴ Dreyfuss, H.L. 1979. *What computers can't do: the limits of artificial intelligence*. Revised ed. New York: Harper & Row.
Dreyfuss, S.E. 1982. *Formal models vs. human situational understanding: inherent limitations on the modeling of business expertise*. Office: Technology and People 1, 133-155.

Invece l'infermiere soltanto abile o competente che si trova in una situazione nuova deve affidarsi ad un *problem solving* consapevole, deliberato ed analitico, di natura elementare.

La competenza da esperto nella presa di decisioni umane complesse, come quelle che l'assistenza infermieristica richiede, rende possibile l'interpretazione delle situazioni cliniche; la conoscenza insita in tale competenza è essenziale per l'avanzamento della pratica infermieristica e per lo sviluppo della scienza infermieristica. Non tutta la conoscenza racchiusa nella competenza suddetta può essere catturata in proposizioni teoriche, né con strategie analitiche che dipendono dall'identificazione di tutti gli elementi che entrano nella decisione .

Comunque, le intenzioni, le aspettative, i significati e gli esiti degli operatori clinici si possono descrivere e ci si può impadronire di aspetti del *know how* clinico per mezzo di descrizioni interpretative della pratica reale. La conoscenza clinica si acquisisce con il tempo ed accade di frequente che i clinici stessi non siano consapevoli dei miglioramenti che hanno ottenuto.

Sono quindi necessarie delle strategie per rendere pubblico il *know how* clinico, in modo che possa essere ampliato e perfezionato.

Sono state identificate sei aree di conoscenza pratica:

- distinzioni qualitative classificate
- significati comuni
- assunti, aspettative e set
- casi paradigmatici e conoscenza personale
- massime
- attività non pianificate

Ogni area può essere studiata con strategie etnografiche ed interpretative, inizialmente allo scopo di identificare ed ampliare la conoscenza pratica.

Gli infermieri esperti , per esempio, imparano a riconoscere le modificazioni fisiologiche anche lievi.

Essi sono in grado di riconoscere i segni premonitori di uno shock prima che compaiano cambiamenti documentabili dei parametri vitali e di distinguere la necessità imminente di rianimazione prima ancora che si verifichino il collasso vascolare o variazioni rilevanti di tali parametri.

I riconoscimenti e le segnalazioni tempestive da parte di infermieri esperti di un'embolia polmonare o delle prime fasi di uno shock settico sono delle abilità finemente adattate che provengono da molte ore di diretta osservazione ed assistenza di pazienti.

Spesso la padronanza percettiva di una situazione dipende dal contesto; in altri termini, certe modificazioni sottili acquistano un significato solo alla luce della storia precedente e della situazione attuale del paziente.

Polanyi (1958)⁵ chiama questa abilità di percezione e riconoscimento del clinico esperto "abilità del conoscitore". La registrazione descrittiva ed interpretativa di questa abilità rivela la conoscenza clinica. E' necessario che gli infermieri raccolgano esempi della loro capacità di riconoscimento e descrivano il contesto, i significati, le caratteristiche e gli esiti delle loro abilità di conoscitori.

Le **distinzioni qualitative classificate** possono essere elaborate e perfezionate solo se gli infermieri mettono a confronto i loro giudizi in situazioni reali di assistenza ai pazienti.

⁵ Polanyi, M. 1958, *Personal Knowledge*. London: Routledge & Kegan Paul

Per esempio, gli infermieri che valutano la cicatrizzazione delle ferite possono confrontare il loro linguaggio descrittivo via via che si presentano casi di pazienti con la medesima tipologia di ferita. Accade di frequente che si sviluppino particolari termini descrittivi per indicare queste distinzioni qualitative. Tuttavia la comunicazione viene a cessare se non si adottano misure rivolte a confrontare sistematicamente il significato di tali termini nelle situazioni reali.

Questo aspetto della conoscenza clinica (abilità del conoscitore) viene spesso trascurato in favore dell'impegno ad apprendere le ultime procedure tecnologiche.

Si dedica un'attenzione eccessiva all'apprendimento della tecnologia e delle procedure più recenti anziché all'acquisizione in profondità della capacità di giudizio clinico.

Significati comuni

Gli infermieri che lavorano su problematiche comuni relative alla salute ed alla malattia, alla nascita ed alla morte sviluppano significati comuni in merito alle risorse che promuovono l'aiuto, il ristabilimento ed il *coping* in queste situazioni umane.

Per esempio, un significato comune rilevato tra gli infermieri è che essi cercano tipicamente di sviluppare nei loro pazienti un senso di “possibilità”; ciò avviene anche in circostanze di massima deprivazione e perfino quando tale senso di possibilità può significare soltanto trascorrere un pomeriggio senza dolore od accettare il dolore o la morte.

Gli infermieri apprendono dai pazienti e dalle loro famiglie una serie di alternative in merito alle risposte, ai significati e ai modi di far fronte agli eventi anche nelle situazioni più gravi.

Questi significati comuni evolvono con il passare del tempo e sono condivisi all’interno della professione infermieristica.

Essi danno vita ad una tradizione. Una comprensione di tali significati, che eviti di annullare l’importanza mediante un’analisi decontestualizzata, può rappresentare un terreno favorevole per il loro studio sistematico e per un ulteriore sviluppo della pratica e della teoria. I significati comuni emergono dai resoconti narrativi delle diverse situazioni cliniche quando gli infermieri le descrivono lasciando intatti il contesto, le intenzioni ed i significati.

Assunti, aspettative e set

Le relazioni su situazioni pratiche presentate in forma narrativa, sono cariche di assunti, aspettative e “set” che possono non appartenere alla conoscenza formalmente riconosciuta.

Quando si prende in esame un resoconto narrativo per ricercare gli assunti e le aspettative che stanno alla base dell'accertamento o degli interventi, possono prendere origine nuove domande per ulteriori perfezionamenti, sviluppi e test.

Per esempio, dall'osservazione del decorso clinico di molti pazienti simili, o dissimili, gli infermieri possono imparare ad attendersi un certo corso degli eventi senza mai dichiarare formalmente tali attese. Queste possono apparire solo nella pratica clinica e non nelle astrazioni o generalizzazioni conosciute.

Gli infermieri sviluppano anche dei set globali riguardo ai pazienti. Gli psicologi che si ispirano alla scuola di pensiero della Gestalt definiscono il set come la “*predisposizione ad agire in certi modi in particolari situazioni*”. I set si accumulano con il passare del tempo e possono anche diventare più elusivi degli specifici assunti o aspettative che spesso si mostrano a chi osserva dall'esterno.

Pertanto modificano il modo in cui la situazione stessa è percepita e descritta. Talvolta è possibile mettere a nudo dei set, anche se essi non possono mai essere del tutto espliciti poiché il solo fatto di renderli tali ne modificherebbe la funzione.

Per rendere i set più visibili si può prendere a prestito una strategia utilizzata negli studi transculturali, nei quali per la medesima situazione, emergono set differenti laddove la comunicazione si interrompe o quando certe azioni non hanno alcun senso per persone che hanno *retrotterra culturali differenti*.

Si possono ideare esperimenti di questo tipo facendo confrontare agli infermieri “eventi critici” accaduti nel corso della loro attività con il modo in cui affronterebbero una determinata situazione clinica.

Approcci divergenti ed interruzioni della comunicazione in relazione ad una stessa situazione clinica possono indicare set differenti. Per esempio, sono emersi set diversi nella descrizione fatta da due infermieri dell’identificazione e della gestione della crisi di un paziente fino al momento in cui si è resa disponibile l’assistenza del medico.

Un infermiere stava lavorando in un contesto nel quale vi era un alto grado di fiducia e di comunicazione tra infermieri e medici, mentre l'altro si trovava in un contesto in cui la sfiducia rappresentava la norma ed i medici si rifiutavano perfino di firmare i loro ordini verbali. Di conseguenza l'infermiere operante nel secondo ambiente non affrontava le situazioni urgenti dei pazienti con lo stesso set o senso delle possibilità del collega che lavorava in un contesto altamente collaborativo.⁶

Attività non pianificate

Il ruolo degli infermieri negli ospedali ed in servizi di assistenza territoriale si è venuto ampliando notevolmente a causa di attività non pianificate e dell'attribuzione di interventi da parte dei medici e di altri operatori sanitari.

Questa attribuzione non pianificata può essere denominata "attribuzione per abbandono".

Per esempio, viene introdotto un nuovo regime diagnostico o di trattamento che , implicando dei rischi, deve essere somministrato e monitorato dai medici. Ma accade di frequente che tale responsabilità venga attribuita all'infermiere che è presente al letto del paziente.

⁶ Benner, P.op.cit. pp. 5-6 (ivi)

Le percezioni ed il giudizio clinico si modificano a seguito dell'acquisizione di una nuova abilità, ma tali cambiamenti resteranno privi di documentazione e di riconoscimento se gli infermieri non li studieranno unitamente al conseguente *know how* che si sviluppa nel corso della loro pratica professionale.

Nelle attività di *know how* degli infermieri clinici esperti è racchiusa una grande quantità di sapere inutilizzato, ma questo non si potrà ampliare e sviluppare appieno se gli infermieri non registreranno in modo sistematico ciò che apprendono dalla propria esperienza.

La competenza clinica non è stata adeguatamente descritta e ricompensata nell'ambito infermieristico ed il ritardo nella descrizione contribuisce al ritardo nel riconoscimento e nella remunerazione.

Va aggiunto che un'adeguata descrizione della conoscenza pratica è essenziale per lo sviluppo e l'ampliamento della teoria del Nursing.

La scienza infermieristica ha molto da guadagnare da infermieri che confrontano i loro giudizi qualitativi classificati e che descrivono e documentano le loro osservazioni, set, casi paradigmatici, massime e mutevoli attività.

C'è molto da imparare e da apprezzare, man mano che gli infermieri condividono i significati comuni che hanno acquisito attraverso l'aiuto, il *coaching* ("allenare") e gli interventi che forniscono in quegli eventi umani significativi che concorrono a costituire l'arte e la scienza infermieristica.

Capitolo II

Una lettura di Duilio Manara sulla teoria di Patricia Benner

2.1 Personalizzazione e standardizzazione dell'agire infermieristico: quale rapporto?

Il modello Dreyfuss (Stuart Dreyfuss matematico e analista dei sistemi ed Hubert Dreyfuss filosofo) utilizzato dalla Benner , postula che nell'acquisizione e nello sviluppo di una determinata abilità, lo studente passi attraverso cinque livelli di competenza: novizio, principiante avanzato, competente, abile ed esperto.

Questi differenti livelli riflettono i cambiamenti che hanno luogo in tre aspetti generali di una prestazione competente. Il primo consiste nel passaggio dalla fiducia nei principi astratti all'uso delle concrete esperienze del passato in qualità di paradigmi. Il secondo cambiamento riguarda la percezione del discente circa la situazione in oggetto, la quale viene vista sempre meno come una compilazione di pezzi tutti ugualmente rilevanti e sempre più come un insieme completo, nel quale solo certe parti hanno rilievo.

Il terzo è rappresentato dal passaggio da osservatore *distaccato* ad attore *coinvolto*, che non sta più all'esterno della situazione ma è impegnato *all'interno* di essa. Tutti i termini suddetti si riferiscono ad *abilità infermieristiche applicate nelle reali situazioni cliniche*.

A questo proposito Duilio Manara in un recente articolo pubblicato in Nursing oggi, “*Nomos versus Idios. Le condizioni per una pratica infermieristica non schizofrenica*”,⁷ bene esamina i concetti di personalizzazione e standardizzazione dell'assistenza infermieristica attraverso il lavoro della stessa Patricia Benner sostenendo che lo sviluppo della competenza clinica esperta rappresenta una strategia fondamentale per integrare le norme che provengono dalla ricerca scientifica e che mirano a promuovere l'evidence-based nursing con l'istanza della personalizzazione, intesa come capacità di interpretare autenticamente la situazione assistenziale e di comprendere in profondità la dimensione valoriale e soggettiva dei bisogni espressi dalla persona assistita.

⁷Manara, Duilio F, 2000, *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*, Lauri Edizioni, Milano

Evidence-based practice ed esperienza clinica, dunque, non sono approcci contrapposti od in conflitto, ma dimensioni complementari dell'assistenza che possono incontrarsi quotidianamente nella competenza avanzata di ciascun infermiere.

I livelli di competenza sono stati identificati intervistando ed osservando gli stessi infermieri ed indagando quelle situazioni reali nelle quali l'intervento dell'infermiere ha determinato una differenza positiva negli esiti ottenuti dai pazienti.

I cinque livelli, dettagliati in 7 aree di pratica infermieristica (a loro volta ulteriormente specificate in 36 competenze specifiche) sono riportati nella tabella n.°1.

Tabella n° 1: I 5 livelli della competenza infermieristica e le 7 aree della pratica infermieristica secondo Patricia Benner

I cinque livelli della competenza infermieristica	Le sette aree della pratica infermieristica
1. Novizio 2. Principiante Avanzato 3. Competente 4. Abile 5. Esperto	1. Ruolo di aiuto 2. Funzione di insegnamento-coaching 3. Funzione diagnostica e di monitoraggio del paziente 4. Gestione efficace di situazioni soggette a rapidi cambiamenti 5. Somministrazione e monitoraggio di interventi e regimi terapeutici 6. Monitoraggio ed assicurazione della qualità delle attività di assistenza sanitaria 7. Competenze organizzative e relative al ruolo lavorativo

L'importanza del contributo di Patricia Benner nell'infermieristica contemporanea, secondo Manara, risiede nel fatto di aver posto sotto studio quella capacità di apprendimento continuo che hanno gli infermieri durante tutto il corso della loro attività clinica. Quello che s'impara durante la formazione di base, sembra affermare Benner, è certo indispensabile, ma è l'esperienza pratica che farà di un buon infermiere neo-laureato un infermiere esperto⁸.

Il novizio, come ad esempio lo studente in tirocinio, ha la necessità di imparare seguendo una procedura ripetitiva ed uguale a sè stessa. Scrive Benner che "il comportamento governato dalle regole, tipico del novizio, è estremamente limitato e privo di flessibilità.

Il nocciolo della difficoltà sta nel fatto che, poiché i novizi non hanno esperienza della situazione a cui si trovano di fronte, bisogna dar loro delle regole che ne guidino l'attività" (Benner 2003, 17).

⁸ Due definizioni sono particolarmente utili per comprendere la prospettiva del lavoro di Benner: la *competenza* e l'*esperienza*. La *competenza* è «l'area di performance definita interpretativamente e descritta attraverso l'intento, le funzioni e i significati» (1984, 292). L'*esperienza*, invece, non è semplicemente dovuta allo scorrere del tempo, ma è un *processo attivo di perfezionamento e modifica di teorie*, nozioni e idee preconette nel confronto con una data situazione; implica l'esistenza di un dialogo tra ciò che si sperimenta e ciò che ci si aspetta (Benner 2003, XXVIII, corsivo).

I *novizi* ed i *principianti avanzati* – come ad esempio i neo-laureati – possono assimilare poco di una situazione: essa è troppo nuova ed estranea; sono troppo concentrati per ricordare le regole che sono state loro insegnate per percepire altro dalla situazione nella quale sono inseriti.

Un'infermiera esperta racconta a proposito:

Infermiera esperta

Io fornisco istruzioni alla neolaureata, istruzioni molto dettagliate ed esplicite: “Quando entri in servizio e vedi il bambino, prendigli i parametri vitali e fagli l'esame fisico, controlla i siti venosi e il ventilatore, assicurandoti che funzioni, e controlla i monitor e gli allarmi”. Quando dici loro queste cose, fanno esattamente ciò che gli hai detto, qualunque altra cosa accada [...] non sarebbero in grado di scegliere che cosa tralasciare. Essi non hanno la capacità di decidere cosa è più importante. [...] Non sono in grado di fare le cose più importanti per un bambino e poi passare a un altro e fare le cose più importanti per quest'ultimo, lasciando a più tardi quelle che non sono altrettanto importanti [...]. Se dico loro che hanno da fare queste otto cose [...] le fanno, e non si preoccupano se un altro bambino sta strillando. Quando se ne rendono conto, sono come un mulo che si trova tra due mucchi di fieno (Benner 2003, 19)

Un infermiere *competente* ha invece un'ampia padronanza del proprio lavoro anche se non ha ancora la rapidità e la flessibilità dell'infermiere abile.

Ecco il racconto di un'infermiera competente che descrive perfettamente il passaggio a questo stadio:

Infermiere competente

[Prima] avevo quattro pazienti. Uno aveva bisogno di istruzioni sulla colostomia, gli altri avevano molte altre necessità. Quando sono andata là, anziché pensarci prima, sono entrata nella camera [...] la flebo di qualcuno si è fermata e [tu] vieni letteralmente catturata da questo lavoro. Finisce che ti dimentichi di somministrare i farmaci a qualcuno, per cui dopo devi correre per farlo. Poi qualcuno ha nausea e tu cerchi di farlo star meglio. Poi il sacchetto della colostomia si stacca e tu vuoi iniziare a istruire il paziente. E ti ritrovi al punto che la mattinata è trascorsa e nessuno ha potuto fare il bagno a letto. [...] Entravo semplicemente nella camera e venivo presa da tutte le loro richieste e lamentele, senza nessuna organizzazione riguardo a ciò che succedeva.

[Adesso] prima di entrare in camera mi scrivo i farmaci che dovrò somministrare quel giorno, poi entro e mi assicuro che a livello venoso tutto sia a posto. Passi da un letto all'altro e saluti, ti presenti. Ma io mando loro il messaggio che sto facendo il mio lavoro. Controllo le infusioni venose, controllo le medicazioni. A questo punto mi sento a mio agio. So che non andranno incontro a emorragie letali; so che la loro diuresi è a posto; so che le linee venose funzionano [...] dunque ho tutta la mattinata ben sistemata e posso andare avanti a fare le cose. Sono molto più organizzata. So cosa devo fare e lo decido con loro e scopro cosa essi vogliono fare (Benner 2003, 20-21)

Infine, al top della competenza troviamo lo stadio dell'infermiere **esperto**. Questi ha un enorme retroterra di esperienza; ha una comprensione intuitiva di ogni situazione assistenziale e può concentrarsi su una parte precisa del problema, evitando una superflua considerazione di un ampio spettro di inutili diagnosi e soluzioni alternative.

Secondo Benner, la principale differenza tra questo stadio e gli stadi precedenti, sta proprio nel fatto che l'operatore esperto non si affida più ciecamente ai principi analitici (regole, linee guida, massime) per collegare la propria interpretazione della situazione ad azioni appropriate, ma alla sua vasta esperienza (Benner 2003, 24ss).

Da novizio ad esperto, inoltre, vi è una graduale acquisizione di abilità che permettono all'infermiere di penetrare nella situazione assistenziale, non rimanendo chiuso in una sua visione da "manuale", ma percependola nel suo insieme, come un tutto unico, all'interno del quale può cogliere le parti essenziali.

Infine, anche il grado di coinvolgimento dell'infermiere nella situazione, cambia con l'esperienza. All'inizio è distaccato, concentrato sul compito o sulla procedura, scrupoloso ed in qualche modo ancora legato nelle relazioni.

Da esperto, invece, gioca un ruolo pienamente coinvolto nella situazione, che opera a modificare dall'interno (vedasi tabella n°2).

Tabella n°2: Le aree ed i livelli di competenza della performance infermieristica secondo Patricia Benner

I LIVELLI DELLA COMPETENZA	LE AREE DELLA COMPETENZA		
	L'uso della conoscenza	La situazione	Il grado di coinvolgimento
1. Novizio	Dalla fiducia nei principi astratti...	Dalla sua percezione come un quadro clinico classico...	Da osservatore distaccato, esterno...
2. Principiante avanzato	↓	↓	↓
3. Competente	...all'uso delle concrete esperienze del passato in qualità di paradigmi	...alla visione di insieme completo, nel quale solo certe parti hanno rilievo	...ad attore coinvolto, impegnato all'interno della situazione
4. Abile			
5. Esperto			

Ecco alcuni esempi di buona pratica infermieristica scelti tra le varie aree di competenza:

Infermiere psichiatrico esperto. Sono stato chiamato dal Pronto soccorso per intervenire in una situazione di crisi. Il medico mi ha detto che il paziente era isterico e accusava un forte dolore dorsale: egli pensava che si trattasse di un caso psichiatrico. Ho visto quel giovane e ho riconosciuto davvero che aveva molto dolore. Era caduto da 5 metri diversi mesi prima. Era in corso una causa per disabilità. Egli aveva comportamenti isterici in parte perché non veniva creduto e, probabilmente, anche per la tensione provocata dalla causa pendente in tribunale. Ho pensato che vi fossero questi due aspetti. Ritenevo che il ricovero in un'unità psichiatrica non fosse appropriato: avere l'etichetta di caso psichiatrico lo avrebbe reso meno credibile in tribunale. Inoltre, una persona che aveva tanto dolore non doveva trovarsi in un'unità psichiatrica. Se era da ricoverare, doveva andare nell'unità operativa di medicina per una valutazione ulteriore. [...] La persona incaricata degli interventi nelle crisi che è subentrata a me ha condiviso la mia decisione, per cui il paziente è tornato a casa. I pazienti che hanno molto dolore mostrano comportamenti isterici, specialmente quando non sono creduti. Ho sentito che quella decisione era stata giusta (Benner 2003, 49)

Infermiera esperta. Stavo assistendo una signora di 40 anni che era stata ricoverata per tre mesi in un altro ospedale ed era venuta nel nostro il giorno prima, per sottoporsi alla correzione di varie fistole addominali. L'avevo incontrata la notte precedente, nel corso della quale il sacchetto per la raccolta del drenaggio della fistola era caduto tre volte ed era sempre stato riapplicato nello stesso modo da un'infermiera perché la paziente insisteva a dire che non c'erano altri sistemi che funzionassero. La cute presentava escoriazioni in più punti ed era molto fragile. La paziente era turbata ritenendo che niente le facesse bene e aveva paura di muoversi perché con l'attività il drenaggio aumentava. Ho tolto il sacchetto, che perdeva del liquido, e ho visto che il problema era la presenza di un ampio solco tra due fistole. Lei faceva resistenza ai miei suggerimenti, per cui le ho detto che doveva fidarsi di me perché avevo conosciuto altre situazioni simili e avevo ottenuto un esito positivo. Mi ha detto: "Lei vuol dire che ha già visto prima d'ora un pasticcio del genere? Brutto come questo?" Le ho risposto che questa era la nostra specialità e che ero sicura che potevo applicare un sacchetto che rimanesse al suo posto almeno 24 ore, se non di più. Ha detto che avrebbe avuto molto piacere che ciò accadesse e che potevo fare quello che volevo. Ha fatto domande su ogni mia azione e ha manifestato una certa resistenza nei confronti di alcuni miei suggerimenti e cambiamenti, ma io ho insistito e ho agito con molta fiducia nel mio successo in casi come quello. Quando stavo per riempire i solchi nella cute con parte stomalesiva mi ha detto: "non ha mai funzionato prima". Poi ha aggiunto che ne mettevo troppa, al che ho risposto che probabilmente era per quello che non aveva fatto effetto – perché non ne avevano mai usata abbastanza. Ha fatto tante domande e, grazie a questo, ha imparato molte cose sull'applicazione del dispositivo, specifico per lei. Ho stimolato la sua partecipazione. Il sacchetto è rimasto in sede tre giorni ed è stato tolto per controllare la cute sottostante. Quando abbiamo applicato di nuovo il dispositivo ha partecipato ritagliandolo secondo il suo modello e aspirando il drenaggio mentre facevamo prendere aria alla cute. Ha fatto davvero molto. La cute è migliorata e lei ha una percezione migliore della situazione (Benner 2003, 100-101)

In questo ultimo racconto si evidenzia **l'unità dell'agire** dell'infermiera **esperta**. La protagonista del racconto, infatti, è in grado di armonizzare sapientemente tra loro le differenti espressioni tecniche, relazionali ed etiche della prassi

infermieristica. Il risultato finale, espressione del **‘potere’ delle cure infermieristiche, è terapeutico** nel vero senso della parola: non solo efficace, ma anche incisivo nel mondo-della-vita del paziente e sulla sua percezione di benessere.

La competenza esperta si sviluppa quando il clinico sottopone a continua verifica le proprie conoscenze e perfeziona, nelle reali situazioni operative, proposizioni, ipotesi ed aspettative basate su principi e teorie.

“L’esperienza è pertanto un requisito della competenza. Per esempio, il *problem solving* di un infermiere abile o esperto è diverso da quello di un infermiere all’inizio della carriera. Possiamo attribuire questa differenza al *know how* che si acquisisce con l’esperienza” (Benner 2003, 2).

Oggi più ancora che all’epoca della prima edizione del libro di Benner, è fondamentale dare voce alle decine di migliaia di infermieri esperti italiani, per descrivere, pesare e valutare gli effetti della loro buona assistenza nei confronti dei loro pazienti.

Le narrazioni di Benner, seppur raccolte ben prima dell’avvento dell’*Evidence-based practice*, ci aiutano a definire il nostro problema.

La buona prassi infermieristica deve essere scientificamente fondata, ossia basata su dati sperimentali che aiutino l'infermiere a descrivere e risolvere il problema del paziente in termini riproducibili, efficaci ed efficienti. Ma, allo stesso tempo, deve anche essere attenta all'individualità del paziente, alla sua 'irriducibile soggettività', per la quale – secondo il linguaggio della Scuola dei Bisogni – l'infermiere deve saper identificare le dimensioni soggettive e oggettive del bisogno di assistenza infermieristica del paziente, adeguando conseguentemente la propria prestazione attraverso un percorso di contrattazione non esente da problematiche relazionali ed etico-deontologiche (Manara 2000, 2002).

Secondo Paolo Motta “standardizzare non significa di per sé ridurre la prassi ad una routine indifferenziata che non tenga in giusta considerazione la soggettività della persona che si assiste, ma assicurare tutti coloro che beneficiano di un servizio circa il livello di qualità della prestazione resa” (Motta 2002, 194)⁹.

La standardizzazione non deve allora significare “fare a tutti le stesse cose”, ma porsi in un processo dove “quello che si deve

⁹Motta, Paolo C, 2002, “Introduzione alle scienze infermieristiche”, Carocci Editore, Roma

fare” sia sempre esplicitamente legato a “quello che si vuole raggiungere”.

In altre parole un processo rivolto ai risultati nel quale le singole attività siano sempre valutabili e misurabili in funzione degli obiettivi che l’infermiere si è posto per risolvere un dato problema. Tuttavia, come ben ci insegnano i racconti di Benner, la buona prassi infermieristica non è sempre fondata su azioni valutabili e misurabili. Anzi, abbiamo potuto notare come a volte la bontà della prestazione infermieristica sia dovuta ad azioni impossibili da misurare e da valutare in termini quantitativamente riproducibili.

Personalizzazione e standardizzazione, allora, si differenziano non solo nei termini della prassi, ma anche nelle metodologie e nell’approccio scientifico al problema del paziente. Una netta separazione tra i due termini è pericolosa in sè stessa.

Anche Benner aveva posto in guardia gli infermieri dal separare nettamente gli aspetti tecnico-strumentali da quelli espressivi, più marcatamente ‘umanistici’ dell’assistenza infermieristica. Il rischio, infatti, è di “relegare il *caring* nel solo campo dell’arte Infermieristica”, che è un modo molto efficace per toglierlo

dall'interesse centrale dell'agire dell'infermiere e, soprattutto, per escluderlo dalla riflessione teorica e filosofica su di esso come componente centrale del nursing; “una volta che abbiamo considerato [il caring] come un fatto artistico (anche se sono d'accordo che lo sia), rischiamo di ignorarlo come soggetto di indagine scientifica. La conseguenza è che sia la pratica che la teoria ne potrebbero soffrire. Questo è un pericolo reale per una professione il cui scopo principale è l'assistenza intesa come *caring*, per esaminare la quale non possiamo fare affidamento su misurazioni puramente quantitative e basate sul modello delle scienze naturali. L'infermieristica è una scienza umana, di cui si occupano soggetti che si autointerpretano (ricercatori), i quali studiano soggetti che si autointerpretano (partecipanti): entrambi possono andare incontro a cambiamenti in conseguenza di una ricerca. L'assistenza come prendersi cura non può essere controllata né essere oggetto di coercizione; può essere soltanto compresa e facilitata. Essa è racchiusa in significati e coinvolgimenti personali e culturali.

Pertanto le strategie per studiarla devono tenere in considerazione significati e coinvolgimenti” (Benner 2003, 131).

In altre parole, l'attenzione ai particolari non è un affare di etica o di buon cuore, o ancora di gratificazione personale del singolo infermiere: al contrario, è un aspetto centrale dell'assistenza infermieristica che richiede di essere considerato scientificamente al pari degli aspetti tecnici, procedurali e organizzativi, anche se ovviamente non con i soli criteri delle scienze naturali.

2.2 Condizioni per una buona pratica infermieristica

La prima condizione per una buona pratica infermieristica è la competenza del singolo professionista. La conoscenza delle migliori evidenze scientifiche nel nostro specifico settore clinico, è una *conditio sine qua non* indispensabile soprattutto per i primi livelli della competenza infermieristica. Notiamo invece che la personalizzazione è un esito della competenza esperta, di quella competenza cioè che è in grado di andare oltre le regole e le procedure attese per adeguare, o meglio appropriare – rendere ‘proprie’ al paziente e all'infermiere – le differenti pratiche assistenziali.

Questa competenza del singolo si deve tuttavia basare su una

solida base di conoscenza teorica, aperta e non ideologica, interdisciplinare e costantemente aggiornata, la quale, dice Benner, è di vitale importanza per poter formulare le domande giuste per ogni situazione clinica.

La seconda condizione è , dunque, il possesso critico di una teoria che suggerisce all'operatore di individuare i problemi ed anticipare i bisogni assistenziali. Tuttavia, avverte Benner, nessuna dottrina e nessun modello formale sarà mai in grado di predire completamente tutti gli aspetti di una situazione assistenziale (Benner 1984, 178).

Una pratica esperta supera i limiti dei modelli formali, i quali, aggiunge l'antropologa Deborah Gordon commentando il saggio della Benner, "dovrebbero essere usati con discrezione", ed in modo tale da non eclissare gli aspetti relazionali, olistici e intuitivi del Nursing (Gordon 2003, 190)¹⁰.

Gordon, d'altro canto, ricorda quali potrebbero essere i pericoli di un'eccessiva fiducia e di un uso acritico dei modelli formali nell'assistenza infermieristica:

¹⁰ Gordon, Deborah, 2003, "Un'applicazione della ricerca. Identificare l'uso e l'abuso dei modelli formali della pratica infermieristica " in Patricia Benner, L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere, op.cit., pp.189-190.

- la reificazione, consistente nell'identificare un modello con la realtà
- l'oscuramento o la svalutazione delle caratteristiche che non si prestano alla formalizzazione
- una regolamentazione dei comportamenti che contraddice l'obiettivo dell'autonomia dell'infermiere
- l'alienazione e un'insufficiente stimolazione degli infermieri più esperti a vantaggio dei meno esperti
- specificazioni così dettagliate da risultare sconcertanti invece che proficue
- un'eccessiva semplificazione delle situazioni complesse
- la richiesta di un' omogeneità esasperata: l'utilizzo dei medesimi standard per tutti può comportare un'eccessiva conformità ad un particolare insieme di standard
- una carente sensibilità ai dettagli ed alle sfumature delle situazioni dei pazienti e, in particolare, degli infermieri

- la confusione tra il rispetto delle regole e la necessità di giudizi discrezionali
- la mistificazione: il discorso assomiglia tanto a slogan da divenire banale e povero di significato (Gordon 2003, 189-190)

Un tale atteggiamento costantemente critico metterebbe anche in guardia dal rischio di credere di sapere tutto ciò che c'è da sapere su una data situazione, o di sentirsi troppo sicuri delle proprie possibilità interpretative.

Una terza condizione che pare essere indispensabile è saper riconoscere, sviluppare e incentivare il valore dell'esperienza clinica. Benner spiega che l'esperienza si fonda su un tipo di conoscenza diverso dalla conoscenza teorica (*know that*) tipica dei modelli formali. Mentre questa è un potente strumento di spiegazione e di predizione del Nursing, l'esperienza è un sapere pratico (*know how*) che può eludere le formulazioni scientifiche e anzi precederle (Benner 2003, 2). "L'arte e la saggezza che si ottengono con l'esperienza in questo campo non sono colte adeguatamente con l'intervista o il racconto, perché gli infermieri acquisiscono le loro capacità per tentativi ed errori e non sono tipicamente consapevoli della loro pratica competente" (Benner 2003, 102).

L'esperienza clinica aiuta ad attualizzare la conoscenza scientifica. L'esperienza aiuta ad usare criticamente teorie e modelli formali, evitando la loro applicazione pedissequa, *sic et simpliciter*. L'infermiere esperto, potremmo dire oggi, è colui che ha la consapevolezza che ogni passaggio del processo assistenziale non è predeterminato, ma semplicemente guidato dagli strumenti standardizzati e costruito nella situazione particolare e nella relazione con il paziente. In altre parole, ha la consapevolezza che tanto le valutazioni diagnostiche quanto le indicazioni prescrittive del processo di assistenza sono costruite nel processo stesso in cui vengono esplicitate (Manara 2000).

Una quarta condizione può essere individuata in quell'insieme di attenzioni e di sensibilità che oggi vanno sotto il nome di 'ascolto attivo'¹¹. Benner richiama questa condizione in vari passaggi e con vari termini: ad esempio quello di "consapevolezza percettiva". La "consapevolezza percettiva" è centrale per un adeguato discernimento infermieristico e questo incomincia con vaghe intuizioni e valutazioni globali che all'inizio

¹¹ L'ascolto attivo può essere espresso – un po' semplicisticamente – con la formula "autoconsapevolezza emozionale + gestione creativa dei conflitti". Per un primo approccio si rimanda, all'ottimo testo di Marianella Sclavi riportato nella bibliografia finale.

bypassano l'analisi critica; il più delle volte la chiarezza concettuale viene dopo, e non prima.

Può accadere che – protesi nel tentativo di operare su basi scientifiche – infermieri, medici od esperti di counselling finiscano per trascurare l'importanza delle abilità percettive.

Gli esperti hanno il coraggio di non limitarsi a vaghe impressioni, ma neppure si permettono di ignorare le intuizioni che potrebbero condurli ad una tempestiva identificazione di problemi ed alla ricerca di conferme fondate su prove” (Benner 2003, XIX-XX).

Ovviamente, come ho già detto, questa condizione non significa per nulla scegliere una pratica anarchica o caotica, secondo la quale non ci sarebbero né metodi né regole, ma semplicemente raccomandare ai singoli infermieri una comprensione più approfondita (più competente e più avanzata) delle contingenze di una situazione particolare. Viceversa, nascondersi dietro le regole o le politiche può costituire una difesa all'ansia, una strategia di *coping* che impedisce di affrontare la complessità della situazione con il necessario impegno.

L'infermieristica, dice Benner, è “una disciplina applicata che non può “assistere” senza considerare l'etica ed i significati coinvolti nella pratica del prendersi cura” (2003, 132).

O ancora, altrove, quando scrive che “se la nostra nozione di scienza ci ordinasse di ignorare i “significati” saremmo tagliati fuori dalla pratica dell’olismo” (Benner 2003, 38).

L’ascolto attivo, diciamo oggi, è un ascolto contestualizzato, situazionalizzato, ossia centrato sulla produzione dei significati all’interno della situazione. Benner aveva intuito che un tale approccio poteva superare i limiti della standardizzazione, pur mantenendone intatti i pregi. Scrive infatti: “Un approccio situazionale ed interpretativo alla descrizione dell’attività infermieristica, supera alcuni dei problemi di riduzionismo insiti nell’approccio dell’analisi dei compiti, secondo il quale questi ultimi vengono elencati senza un contenuto e degli obiettivi: supera pure il problema di descrizioni globali e troppo generiche che si basano sulle categorie del processo di Nursing” (Benner 2003, 36).

Infine, l’ultima condizione per evitare una pratica infermieristica schizofrenica tra personalizzazione e standardizzazione è quella di assoggettare le teorie, i modelli formali e gli strumenti standardizzati, alla nostra consapevolezza morale.

D'altro canto, questo concetto è espresso nella definizione di Nursing, come *Caring* e come “pratica assistenziale la cui scienza è guidata dall’arte morale e dall’etica dell’assistenza e dalla responsabilità” (Benner, Wrubel 1989, XI). Lo abbiamo già visto: Benner è convinta che l’ambito e la complessità della pratica infermieristica siano troppo vasti per permetterci di fare affidamento unicamente su visioni idealizzate e decontestualizzate o su sperimentazioni cliniche. Ritorna su questo argomento anche in un articolo del 1992, nel quale pone in evidenza il frequente errore di rincorrere le verità generali tentando di sfuggire alle “bizzarrie dell’esperienza”, quando, al contrario, sarebbe necessario “assoggettare le nostre teorie alla nostra esperienza morale, integra e concreta” e riconoscere che il comportamento etico ci prescrive non di arrivare al di là della nostra esperienza, bensì di lasciarci istruire e trasformare da essa (Benner 1992).

Capitolo III

I verbi della cura

3.1 La cura: dare tempo all'altro

Che cos'è la cura?

Nel corso della vita tutti gli esseri umani sperimentano momenti in cui hanno bisogno di ricevere cura, poiché nessuno è in grado di soddisfare autonomamente tutte le condizioni necessarie alla vita. La cura costituisce, dunque, una risposta necessaria ad una condizione di forte dipendenza da altri. In questo senso si può parlare della cura come di una necessità universale della condizione umana ; anche se ogni società interpreta diversamente i modi della cura, perché differenti sono le concezioni di benessere, tutti comunque hanno necessità di cura. (Mortari L. "La pratica dell'aver cura" 2006, p. 30).

La cura richiede tempo: è dare tempo all'altro.

Per attualizzarsi la cura necessita che chi-ha-cura e chi-riceve-cura comunichino ed interagiscano l'uno con l'altro e che in questa interazione chi-ha-cura eserciti le qualità distintive dell'essere umano: linguaggio, pensiero ed emozioni che

consentano di empatizzare e comprendere i reali bisogni dell'altro.

Fisher e Tronto suggeriscono che la cura sia considerata “un tipo di attività che include ogni cosa che noi facciamo per conservare, preservare e riparare il nostro mondo così che possiamo vivere in esso nel miglior modo possibile. Questo mondo include i nostri corpi, i nostri sé ed il nostro ambiente, che noi cerchiamo di connettere in una complessa rete che sostiene la vita” (Fisher e Tronto, 1991, p. 40).

La cura si profila nei termini di una pratica, cioè di un'agire che implica precise disposizioni e che mira a precise finalità.

Parlare di pratica significa concepire la cura come un'azione in cui prendono forma pensieri ed emozioni, interrelati ed orientati verso una precisa finalità.

Bubeck afferma che la cura è “un'attività o pratica la cui caratteristica è quella di “soddisfare i bisogni degli altri”: a questo scopo è necessario un investimento di tempo e di energia ed è tale investimento che fa della cura una pratica.

Proprio in quanto teso a trovare una risposta ai bisogni dell'altro,

il lavoro di cura (*labor of care*) può essere definito come un'attività "orientata all'altro ed a ciò che all'altro procura beneficio" (Bubeck, 2002, p. 160)¹²

Ancora:

Mayeroff afferma che la cura è sempre aver cura di un'altra persona e questo aver cura "nel suo senso più significativo, è aiutarla a crescere e ad attualizzare sé stessa" (1990, p.1)¹³

In questo senso si può dire che è la cura a "creare le possibilità dell'esserci" (Benner e Wrubel, 1989, p.1): il suo scopo è quello di promuovere il pieno fiorire dell'altro. Per questo l'aver cura implica "l'assumere gli interessi ed i bisogni dell'altro come base per l'azione" (Tronto, 1993, p. 105). Al centro, dunque viene posto l'altro, nel senso che chi-ha-cura cerca innanzitutto di aiutare l'altro ad attualizzare le proprie originali direzioni esistenti, perché solo in questo modo anche chi-ha-cura trova la propria autorealizzazione" (Mayeroff, 1990, p. 40).

La cura, dunque, avviene sempre in una relazione, quella relazione che ci connette con il mondo. L'esserci non è mai un

¹² Bubeck, Diemut E. (2002) *Justice and the Labor of Care*, in Eva F. Kittay ed Ellen K. Feder (a c.di) *The Subject of Care. Feminist Perspectives on Dependency*, Rowman Littlefield Publishers, Lanham (Md.), pp.160-185

¹³ Mayeroff, Milton (1990), *On Caring*, Harper Collins Publishers, New York.

soggetto senza mondo e proprio in quanto è già sempre un essere nel mondo non è mai un “io” isolato, senza gli altri. E’ una constatazione questa che ci dice che l’essere nel mondo è sempre un essere fra le cose ed in relazione con gli altri dal momento che l’esserci, in quanto apertura al mondo, è già sempre un essere-presso qualcosa.

Quindi, se la cura è apriorità esistenziale dell’esserci e l’esserci è sempre aperto al mondo, allora la cura si presenta come un fenomeno la cui essenza è la relazionalità.

3.2 I verbi della cura: Occuparsi, Preoccuparsi, Aver premura, Aver devozione

Da un’analisi approfondita sulle pratiche di cura Luigina Mortari individua da parte di chi-ha-cura due differenti modi di vivere la relazione con l’altro: **l’Occuparsi ed il Preoccuparsi.**

L’Occuparsi è il procurare cose necessarie a conservare, riparare, promuovere la qualità della vita senza un investimento personale, come una serie di mansioni da svolgere: l’occuparsi è un agire neutro, dove chi svolge la pratica di cura non si mette in gioco sul piano soggettivo. E’ un fare cose perché così ci viene chiesto e nel modo in cui è stato stabilito.

La cura come occupazione attesta i modi dell'indifferenza nell'aver-a-che-fare con gli altri, ossia l'agire uniforme e tranquillizzato della routine, il disbrigo indifferente dei compiti ordinari (Heidegger, 1999, p. 314)¹⁴.

Il modo negativo dell'occuparsi è quello in cui l'altro è trattato come un oggetto.

Diversa è l'opinione di Bubeck (2002, p.166) secondo la quale perché ci sia attività di cura non è necessario un investimento soggettivo da parte di chi-ha-cura; ciò che conta è che siano soddisfatti i bisogni necessari che l'altro non è in grado di soddisfare da sè .

Il Preoccuparsi, invece, è un *prendersi a cuore*. Quando l'aver cura si declina nella forma del *prendersi a cuore* , l'altro *entra nei tuoi pensieri*; comporta , quindi, un forte investimento personale sia sul piano del pensiero, perché si tratta di decidere come avere cura, sia sul piano emotivo per il sensibile coinvolgimento affettivo.

Il prendersi a cuore può realizzarsi in modi differenti: può essere interpretato come un **aver premura**, ma anche declinarsi nella forma intensa della dedizione o devozione.

¹⁴ Heidegger, Martin (1976°), trad.it. *Essere e tempo*, Longanesi, Milano; *Sein und Zeit*, Niemeyer, Tübingen 1927.

La **“Devozione”** è un termine usato non solo da Heidegger ma anche da Winnicott (1987, p. 1) il quale sostiene che proprio quando una madre è “normalmente devota” sa fare molto bene il proprio lavoro di cura; inoltre viene utilizzato da alcune teorie della cura.

Devotus in latino significa devoto, affezionato, dedito, pronto per... ed è colui o colei che è intensamente consacrato/a a qualcosa; la devozione è un atteggiamento cui è assegnato un significato religioso, poiché lo si pensa rivolto verso qualcosa che è considerato sacro.

La devozione sarebbe, dunque, un atteggiamento dovuto al divino. Ma anche l'essere umano può essere percepito nella sua SACRALITA'. Quando si è capaci di riconoscere il sacro nell'altro e da questo essere sacro ci si lascia interpellare, allora si genera devozione.

Devozione significa dedicare risorse e tempo all'altro, dirigere a lui/lei la mia attenzione. La devozione è un atteggiamento di attenzione e di dedizione intensiva all'altro, motivato dal considerare l'altro come fonte di valore inviolabile, il cui essere va custodito e salvaguardato.