



Comunità Sperimentale di Riflessione Infermieristica

POLITICA PROFESSIONALE – I FILONI DI INTERESSE

LOGICA DI SERVIZIO E POLITICA PROFESSIONALE

a cura di Laura Rapelli¹

[con il contributo di Debora Bologna, Antonella Dragonetti, Paola Salisburgo, Carmen Savarese]²

¹ Infermiera laureata magistrale, referente Dipartimento Ortopedia e Neuroscienze DIPSa AOU Città della Salute e della Scienza presidio CTO di Torino – Membro della Comunità Sperimentale di Riflessione Infermieristica

² Membri della Comunità Sperimentale di Riflessione Infermieristica

Premessa

La professione infermieristica è definita professione di servizio, connotata da un elevato grado di utilità sociale. Le molteplici definizioni del termine servizio ne mettono in luce alcuni aspetti quali la capacità di soddisfare bisogni e generare benefici, la dinamicità, l'immaterialità e l'intangibilità. Servizio inteso anche come processo che nasce e si modella su variabili di soggettività del cliente, del tempo, delle situazioni e che si concretizza nella relazione contestuale tra erogatore e fruitore (Juran et al., 1999; Olivetti Manoukian, 1998; Floris, 2004).

Il servizio è quindi concepibile come una forma di aiuto competente e organizzato all'interno di un sistema di relazioni generative di valore per chi lo riceve, per chi lo offre e per la società intera che ne fruisce.

Di conseguenza le professioni di servizio possono essere valutate non solo per la presenza di un corpo di conoscenze, competenze ed esclusivi riconoscimenti normativi ma anche dal grado di adesione all'ideale di che perseguono, riconosciuto come il perno attorno al quale ruota la dichiarazione etico-deontologica dello status professionale degli appartenenti.

Anche se l'ideale fa parte dell'intangibile, dell'immateriale è possibile visualizzarlo e, quindi, comunicarlo e discuterlo sotto forma di una prefigurazione mentale che una comunità professionale si costruisce rispetto alla natura propria e al suo scopo sociale.

L'ideale di servizio è pertanto una rappresentazione riferita sia a un "modo di vedere" sul piano cognitivo, sia a un "modo di sentire" sul piano valoriale. Tale prefigurazione, in quanto collettiva, induce il superamento dei confini individuali a vantaggio di un orizzonte professionale comune. Essendo fluida e difficilmente incasellabile sollecita un continuo e dinamico dibattito tra i professionisti e contribuisce a costruire una logica comunitaria capace di sostenere e guidare il modo di essere, ovvero l'atto concreto.

Nell'agire quotidiano questa logica di servizio pone l'infermiere su due dimensioni tra loro interagenti: quella orizzontale che si costruisce nel rapporto con la persona assistita quando valuta, sceglie e realizza ciò che contestualmente ritiene utile, e quella verticale in cui, nel decidere per l'azione, egli fa riferimento alla prefigurazione mentale di ciò che intende per assistenza infermieristica.

Come CSRI abbiamo definito l'ideale di servizio per l'infermieristica *"la visione che gli infermieri hanno, della cura alle persone e con le persone, con tutto il bagaglio valoriale ed etico-deontologico che ciò comporta"* proponendolo così quale significato e forma concreta della nostra professione.

Assistenza infermieristica è quindi "aver cura".

Roberta Sala (2014) osserva che l'accesso a una professione di cura comporta l'ingresso in una «comunità volontaria di individui che intendono condividere valori, azioni, condotte e finalità» mettendo in rilievo la complessità di tale nozione: attitudine fondamentale del soggetto morale, ma anche prassi e fine, sinergia di ragione e sentimento, essenza intima e concreta dell'essere professionista.

Il concetto di cura sotteso a tale ideale si caratterizza quindi quale valore intrinseco con cui la comunità professionale dichiara il proprio impegno al cittadino, e si traduce in *logica di servizio* con l'agire pratico eticamente informato dalla ricerca del benessere dell'altro, inserito in una concezione coerente dell'organizzazione e dei modelli assistenziali. L'esplicitazione di tale logica può permettere inoltre di migliorare la visibilità di ruolo del professionista infermiere e al suo interno potrebbe scaturire il passaggio da organizzazioni orientate alla "presa in carico" a organizzazioni centrate su modelli di servizio capaci di costruire un disegno unitario delle cure necessarie al benessere del cittadino valorizzando le connessioni di risorse e professionalità.

La logica di servizio consiste, quindi, per l'infermiere nella capacità di erogare cure infermieristiche di qualità e deve essere sostenuta a livello personale, professionale e organizzativo, pena il ridursi a una dichiarazione d'intenti o essere fonte di frustrazione per la dicotomia tra ideale e azione.

La cura richiede tempo, curare richiede energia.

Riflettere sulle declinazioni pratiche dell'ideale di servizio, comprendere la natura delle cure infermieristiche e il senso che ne danno i professionisti nell'incontro con le persone assistite può favorire un accompagnamento riflessivo a quel sapere esperienziale, generalmente non documentato, difficilmente supportato ma meritevole oggetto di strategie e politiche professionali che sappiano renderlo possibile, visibile e condivisibile.

La politica professionale dovrebbe in tal senso declinare la giustizia e il bene comune promuovendo la coerenza con i fini dell'assistenza infermieristica, la valorizzazione della sua utilità sociale e la cura delle condizioni organizzative e gestionali.

Le dimensioni della cura

La cura è da sempre centrale nella vita umana. Sin dall'origine, nella mitologia come nell'antichità, sino ai giorni nostri, viene definita "condizione assoluta e imprescindibile alla vita" (Masera, 2006).

Nella sua natura include due significati intimamente legati. Il primo è l'atteggiamento di vigilanza, sollecitudine e attenzione nei confronti dell'altro. Il secondo è quello di preoccupazione e inquietudine perché la persona che ha cura di un'altra si sente coinvolta e affettivamente legata a questa.

A tal proposito, il grande poeta latino Orazio (65-8 a.C.) sottolineava che "La cura è compagna permanente dell'uomo": questi non smetterà mai di amare, di prendersi cura e di inquietarsi per la persona che ama.

Anche il filosofo tedesco M. Heidegger (2005), riprendendo l'antica favola sul mito di Cura, ricorda che questa fa parte dell'Essere più profondo della natura umana.

Tale mito, tramandato da Iginio già nel II secolo d.C., impegna gli operatori sanitari a riappropriarsi di una visione che abbracci la totalità dell'essere umano, ricordando che ogni persona porta dentro di sé un ricco bagaglio di esperienze vissute, di sentimenti, di emozioni che la rendono unica e irripetibile

I concetti di "cura" e "aver cura" costituiscono di conseguenza motivo di dibattito sulla natura delle professioni sanitarie e sono spesso usati per sottolineare i caratteri distintivi di tali occupazioni (Benci, 2010).

Queste due dimensioni ne connotano, inoltre, anche l'essenza più tipica e profonda, ovvero "...le finalità e il modo con cui i professionisti investono le proprie energie sul piano cognitivo, culturale, emotivo, morale e politico" (Masera, 2006); in particolare esse sono usate per affermare che il lavoro dell'infermiere comprende e valorizza la relazione d'aiuto e la dimensione educativa dell'assistenza.

L'aver cura riflette, secondo Collière (1992), una pratica assistenziale indispensabile alla vita della persona e alla continuità delle comunità umane. Il suo significato originale dev'essere pertanto rintracciabile nello scopo di realizzare tutte le attività che promuovono e sviluppano ciò che consente la sopravvivenza delle persone e dei gruppi sociali.

Il lavoro di cura è dunque un investimento cognitivo, emotivo, morale e politico; significa "...dare all'altro il tempo di essere, il tempo di cui ha bisogno, per rispondere affermativamente all'appello a esistere. Il contrario di saper attendere è pretendere: nel pretendere c'è la richiesta di esserci secondo le attese di chi ha responsabilità della relazione, secondo i canoni che stanno nel suo orizzonte. L'attesa invece è offerta di spazi liberi, affinché l'altro senta di poter sperimentare liberamente la sua ricerca di sé" (Viafora et al., 2007).

Molti infermieri ritengono che la cura costituisca l'essenza ontologica della professione, superando la competenza tecnica e l'esperienza nel settore; un compito aperto e inesausto, un orizzonte che si sposta continuamente con la profondità che caratterizza l'esperienza stessa (Bruzzone et al., 2007).

Walter Hesbeen (1998, 1999) propone la seguente definizione di *Prendre soin*: "...volgere un'attenzione particolare a una persona che vive una situazione che gli è singolare, nella prospettiva di venirgli in aiuto, di contribuire al suo benessere, alla sua salute". In altri scritti lo descrive come un incontro e un

accompagnamento, “...fare un tratto di cammino con la persona assistita, seguendo le sue scelte, e considerando la singolarità della persona, la complessità della sua situazione, si può dire il mistero della sua vita”.

La centralità del prendersi cura è, quindi, comporta un incontro che persegue uno scopo ben preciso: quello di riuscire a tessere dei legami di confidenza con la persona assistita diventando, come descritto da M.F. Collière (1992), “il momento di inizio di un percorso di cura”.

La cura è per essenza relazione (Mortari, 2006) che mira a procurare il benessere dell’altro e a metterlo nelle condizioni di provvedere da sé al proprio ben-essere, la cui dimensione etica si fonda secondo Kuhse (2000) in “...questa sorta di rapporto con l’Altro di cui tu devi diventare responsabile della sua assenza di responsabilità, per poi restituirla con la tua presenza” condizione generativa di un processo trasformativo che aiuta a incarnare i grandi principi nelle circostanze di luogo, di tempo e di persone, ad avere grandi progetti ma a realizzarli agendo su piccole cose.

La cura non solo può essere declinata anche in termini educativi ma è educativa per essenza, essendo connessa originariamente con la custodia dell’essere e lo sviluppo delle sue potenzialità. Si può, quindi, tracciare una fenomenologia della cura che, a partire dalla sua primarietà ontologica (l’essere umano è inevitabilmente oggetto e soggetto di cura in quanto essere nel mondo), permetta di comprendere la sua intrinseca vocazione educativa (cura è preoccupazione per le condizioni materiali della vita ma anche premura per il pieno dispiegamento delle potenzialità dell’esistenza); è, quindi, connessa con la custodia e lo sviluppo delle potenzialità dell’altro.

Per definire i contorni di una pratica educativa che assume la cura come modo d’essere paradigmatico, occorre individuare l’essenza della cura adeguatamente buona. Questo significa identificare i modi esistenti o indicatori empirici della cura che qualificano “l’aver cura in modo giusto”. Luigina Mortari (2006) li identifica nella:

- **ricettività**: consente di avvertire gli appelli dell’altro, i segnali che ci invia; per essere recettivi occorre innanzitutto attivare una profonda capacità di ascolto, necessaria a comprendere ciò che l’altro cerca di comunicare;
- **responsività**: implica sollecitudine, ossia prontezza nel rispondere ai bisogni dell’altro, per vedere ciò che è necessario per il ben-esistere dell’altro e con sollecitudine agire di conseguenza;
- **disponibilità cognitiva ed emotiva**: consiste nell’“essere pronti a donare e spendere se stessi per l’altro” che si manifesta con un *pensare emotivamente denso* o un *sentire intelligente*;
- **empatia**: significa lavorare imparando a mettere da parte le proprie cornici di interpretazione affinché sia possibile considerare la situazione attraverso un’altra ringhiera ermeneutica, prima di formulare qualsiasi deliberazione pratica;
- **attenzione**: dedicare tempo alla comprensione del modo di essere dell’altro, delle sue necessità, dei suoi desideri. L’attenzione che ha cura consiste nel saper concentrare il proprio sguardo sull’altro per poter cogliere il suo originale modo di venire alla presenza;
- **ascolto**: aver tempo quando l’altro è in condizione di raccontarsi; soltanto ascoltando si possono comprendere i processi di elaborazione del significato dell’esperienza che l’altro attiva per stare al mondo; ascoltare è saper fare dentro di sé uno spazio che si traduce in accoglienza;
- **passività attiva**: modellare la propria presenza in modo non intrusivo e sintonizzato, farsi attenti al percorso di crescita dell’altro, preoccupandosi di proteggerlo e sostenerlo, avendo considerazione del suo proprio modo d’essere e di pensare; chi ha cura, dunque, si costituisce come una presenza significativa ma non intrusiva: una *presenza piena di assenza di sé*, un *essere massimamente presenti nell’assenza di sé*;
- **riflessività**: la cura è problematica perché si fatica a stabilire le coordinate necessarie per elaborare un’interpretazione adeguata e attendibile; la cura è problematica anche perché è arduo riuscire a

stabilire quale sia la giusta misura della partecipazione affettiva al vissuto dell'altro; è questa costitutiva problematicità dell'azione di cura che richiede elevata capacità di riflessività che consideri sempre ogni singola situazione nella sua irriducibile singolarità;

- **il sentire nella cura:** prendersi cura e aver cura sono sempre emotivamente tonalizzati. Il fenomeno della tonalizzazione emotiva in quanto strutturale dell'esserci, è un indicatore importante per comprendere la pratica di cura. Tonalità emotive, emozioni e sentimenti sono parte vitale dell'esperienza e sono una componente essenziale per l'elaborazione di una comprensione adeguata della vita, perché possono aiutare a trovare la giusta direzione e la giusta forma della deliberazione pratica. Le dimensioni emozionali che caratterizzano la cura adeguatamente buona sono:
 - *fiducia*: capacità di nutrire fiducia nell'altro; è la condizione necessaria per non essere intrusivi e lasciar essere l'altro; il sapere aver fiducia rende chi-ha-cura capace di saper attendere, di dare tempo all'altro; quando chi-riceve-cura si sente investito di fiducia allora si affida all'altro. Senza questa fiducia reciproca, non ci può essere una buona cura;
 - *saper accettare l'altro così com'è*: sentirsi accettati dà sicurezza e la sicurezza è una condizione essenziale dell'anima, perché solo sentendosi al sicuro si può procedere verso l'ulteriore;
 - *speranza*: è il sentire che fa della vita un tempo vivo; la speranza è quel sentimento che fa trovare a chi-ha-cura soluzioni inedite alla problematicità dell'esperienza di cura, quella problematicità che spesso chiede il coraggio di andare oltre le soluzioni abituali azzardando l'inedito;
 - *il "coraggio della serenità"*: la serenità è forza d'animo che si guadagna lavorando su di sé per decostruire quelle griglie interpretative che alimentano modi negativi di guardare alle cose e coltivare, invece, la tensione a vedere sempre ulteriori possibilità d'azione che permettano di sperimentare altri modi di abitare il tempo;
 - *tenerenza*: capacità di andare incontro all'altro sapendo ammorbidire le nostre durezza cognitive e le nostre rigidità emotive; essa migliora la relazione terapeutica poiché consente di aiutare l'altro ad affrontare la sua sofferenza;
- **competenza tecnica:** la passione per la competenza tecnica è condizione essenziale per un buon esercizio della cura;
- **aver cura di sé:** la cura di sé costituisce una risposta alla chiamata singolare alla responsabilità di dare forma etica ed estetica al tempo della propria esperienza. Si declina nella forma del lavorare a disinquinare la vita della mente da quei modi di affrontare l'esperienza quotidiana che rendono più difficile la gestione della relazione di cura.

L'aver cura di sé è pratica necessaria per salvaguardare non solo chi-ha-cura, ma anche chi-riceve-cura. Chi pratica la cura in qualche modo, più o meno intenso, esercita potere. La cura di sé intesa come quel conoscere se stessi che ci pone di fronte alle nostre capacità e ai nostri limiti, alle nostre disposizioni e alle nostre passioni, costituisce la condizione necessaria per imprimere una giusta direzione al potere che si ha. Il potere è responsabilità e l'esercizio della responsabilità richiede una continua autoformazione, che si concretizza nella cura di sé (Mortari, 2006).

La cura tra razionalità e affettività

Benner e Wrubel confermano il *caring* come attività complessa in quanto richiede pensiero, sentimento e azione (Horrocks, 2002). La cura infatti nasce nel pensiero di chi la elargisce ed è, di conseguenza, condizionata dall'idea della stessa approfondita, interiorizzata e concettualizzata, intimamente connessa ai processi cognitivi che generano il pensiero e di conseguenza l'azione. Approfondendo l'argomento viene alla luce che siamo molto meno razionali di quanto crediamo e molto più emotivi e intuitivi di quanto immaginiamo.

La psicologia cognitiva ha infatti dimostrato che è impossibile adottare un pensiero esclusivamente razionale. La mente umana ha incorporato, durante l'evoluzione, una serie di comportamenti intuitivi che hanno consentito all' *homo sapiens* di sopravvivere in ambienti ostili prendendo decisioni euristiche. Il pensiero intuitivo è prevalentemente inconscio e questa caratteristica costituisce la sua forza; infatti, le sue decisioni sono rapide e, in certe condizioni, efficaci. Possiamo attribuire questa efficacia alle euristiche che lo psicologo Gerd Gigerenzer (2001, 2008) ha definito "veloci e frugali", che consentono di prendere decisioni immediate senza sforzi cognitivi. Ma oltre alle euristiche sono inconsci anche i *bias* cognitivi, cioè le distorsioni del giudizio che compromettono la correttezza di molte decisioni umane.

La natura inconscia di euristiche e *bias* rende difficile intervenire su di essi: il compito del pensiero critico è quello di decidere in quali situazioni o compiti si possono lasciare "agire" le euristiche, e in quali altre bisogna sforzarsi di "mitigare" l'azione dei *bias* impegnando razionalmente il cervello solo in quelle circostanze che richiedono uno sforzo cognitivo.

La cura, quindi, non può essere indagata con la sola ragione ma deve essere ascoltata e vissuta nella relazione con se stessi e gli altri. Nelle professioni sanitarie l'attenzione verso l'altro-persona può disperdersi nella routine di gesti anonimi e comportamenti standardizzati, allontanando così il senso di cura autentica (Viafora et al., 2007). Lo stare con gli altri diventa allora un sostare indifferente che non assume la responsabilità della co-esistenza (Rossi, 2004) connotandosi come cura inautentica.

L'aver cura può, infatti, in certo modo sollevare l'altro sostituendosi a lui, intromettendosi al suo posto. L'altro risulta allora espulso, retrocesso, per ricevere cose fatte e da altri, risultandone del tutto dipendente e dominato. Questa modalità riguarda per lo più il prendersi cura degli utilizzabili, come direbbe Heidegger (2005), che diventano oggetto di cura inautentica in quanto non compresi come persona.

Opposta a questa è la possibilità di riconoscere il potere esistenziale dell'altro, non già per curarlo, ma per inserirlo autenticamente in un cammino che riconosce l'unicità della persona e la sua capacità di autodeterminazione. Questa forma di aver cura, che riguarda essenzialmente la cura autentica, aiuta l'altro a divenire partecipe e libero per essa.

I modi della cura indicati da Heidegger (2005) quindi si manifestano secondo due modalità. La prima considera gli altri come "utilizzabili" e si esprime attraverso la non-cura e strumentalità che contraddistingue i rapporti con le cose a cui siamo attenti in modo "incurante", avulso dall'essere-con. Contrapposta a questa modalità è inserire autenticamente l'altro nel rapporto di cura, aiutandolo a divenire consapevole e libero, accettando come afferma Collière (1992) di "...scoprire ...osare andare oltre lo sconosciuto di cui è portatore ogni persona che necessita delle cure, che a sua volta affronta l'ignoto di colui che cura".

Le modalità relazionali della cura autentica sono quindi contraddistinte dalla reciprocità e il bisogno d'aiuto mette in gioco emozioni tanto più forti quanto maggiore è la fragilità del soggetto umano che ne è portatore che coglie non solo la forma dell'atto di cura ma il suo significato e intenzionalità. L'atto in sé è nel visibile, ma il perché e il come costituiscono il principale canale dialogico (Contini, 2004).

Le relazioni di cura sono quindi azione e significato dell'azione stessa, incrocio di emozioni e sentimenti a cui viene dato poco spazio, se non negli studi sul *burn-out* quasi fossero ostacolo alla professionalità e alla scientificità anziché preziosa risorsa.

Chi cura è infatti "esposto alla commozione" (Jaspers, 1991), talvolta percepita come scorretta o inadeguata all'agire professionale. Trovarsi di fronte a domande della vita suscitate dall'incontro con l'esistenza dell'altro può riflettere la fragilità della propria esistenza rendendo difficile mantenere un'adeguata distanza terapeutica con conseguenti comportamenti difensivi più o meno consapevoli. La riuscita dell'azione di cura dipende invece in larga misura dalla capacità di rielaborare i sentimenti che entrano in gioco per trasformarli in sguardi intelligenti sulla fenomenicità dell'esperienza.

La fuga o presa di distanza davanti a un impossibile non preserva neppure quegli operatori che assumono

atteggiamenti più cinici e distaccati dall'essere inseguiti dalle domande di senso lasciate irrisolte. Essi sono come guaritori feriti che possono guarire le ferite altrui solo se sono nelle condizioni di saper curare le proprie: "se vogliamo mettere il nostro io ferito al servizio altrui, ci converrà esaminare il rapporto tra vita privata e vita professionale" (Nouwen, 2003). Senza questa consapevolezza dei propri sentimenti e questa disposizione ad averne cura, i comportamenti degli operatori oscillano tra un senso di superiorità onnipotente e un pericoloso rischio opposto: farsi coinvolgere in un inutile e dannoso eccesso di immedesimazione.

Una mescolanza di impotenza/onnipotenza è sempre in agguato nelle professioni del prendersi cura dove può assumere comportamenti opposti dettati da ansia di liberarsi di quel misto di falsa carità, paura, nascosti fantasmi che accompagnano la relazione d'aiuto (Mustacchi, 2001).

L'estromissione dei sentimenti non è dunque garanzia di maggiore scientificità né di serietà professionale. La vita affettiva concorre alla costruzione di una sapienza etica non superabile dalla vita cognitiva anzi, come sostiene Antonio Damasio (1995), la capacità di esprimere e sentire le proprie emozioni è indispensabile per attuare dei comportamenti razionali. Le emozioni sono funzionali all'autoconservazione di fronte al pericolo e alle opportunità e i comportamenti razionali sono costruiti a partire dalle semplici reazioni che promuovono la sopravvivenza di un organismo e che pertanto, in quanto utili, si conservano dall'evoluzione (Damasio, 2003). Riconoscere e aver cura dei propri sentimenti permette all'essere umano e a chi sceglie una professione di servizio l'evoluzione di quell'intelligenza affettiva) indispensabile per essere persone capaci di affacciarsi all'esistenza dell'altro (Lori, 2003).

Il senso della cura nei contesti assistenziali

La logica di servizio quale impegno di politica professionale

Il concetto di cura ha sempre rappresentato un campo d'indagine qualitativa e quantitativa per le professioni sanitarie e proprio l'uomo permane l'elemento focalizzante della cura e dei gesti che la connotano; gesti che, sempre più consapevolmente, nello scenario contemporaneo, abbisognano di significati di senso, nella loro espressività evidentemente scientifica e nella sensibilità umanizzante.

Per la professione infermieristica la dimensione della cura focalizza l'esercizio professionale in una più ampia e trasversale ricerca dell'altro in quanto persona e nell'espressione della propria umanità attraverso la cura agita, rintracciata e donata.

Guerriero (2010) sottolinea che è nella quotidianità del "fare" infermieristico che si immettono tutti gli elementi che definiscono la cura in cui i gesti di cura consentono un'assistenza evidente ma al contempo umanizzante.

Nel lavoro di tutti i giorni, nelle corsie ospedaliere, nelle case di riposo, al domicilio delle persone, nelle aule universitarie, nelle direzioni infermieristiche gli infermieri intessono le risposte ai bisogni dei cittadini nella consapevolezza e con l'intima convinzione che l'essenza dell'assistenza infermieristica consiste nell'aiutare le persone a recuperare, mantenere o potenziare le proprie capacità di auto cura e autodeterminazione.

Un approccio estetico che può dirigere precise politiche professionali fondate sulla potenza identitaria del sapere in una prospettiva di integrazione tra cultura, organizzazione e azione in cui il gesto di cura a qualsivoglia livello esprime l'arte di assistere.

Proprio in ragione del fatto che l'aver cura costituisce la risposta necessaria ai bisogni dell'altro essa è un elemento essenziale della nostra umanità. Per tutto il corso della vita siamo dentro relazioni asimmetriche in cui uno è più dipendente dell'altro; la cura è quel modo esistenziale assunto da chi, avendo raggiunto un minor stato di dipendenza, offre il proprio sapere e le proprie energie all'altro. In questo senso essa è un'azione irrinunciabile per fare della vita un tempo pienamente umano. Riconosciuto il suo valore ontologico essa dovrebbe diventare l'origine e il fine di ogni impegno etico, politico ed educativo;

espressione di una potenza che Manara sostiene essere "... il più grande potere che abbiamo...".

Considerando la cura come relazione in cui si fondono olisticamente due alterità, il curato e il curante, può essere preso in considerazione lo sviluppo dello *human caring* quale aspetto importante nella pratica assistenziale che consente di ampliare le prospettive di cura, permettendo all'infermiere di concretizzare la dimensione di un'etica delle virtù (Watson, 2013). Secondo lo sviluppo teorico di Watson, infatti, l'aver cura ha una valenza transpersonale, determinata dal pensiero, delle scelte e dalle azioni di colui che assiste e di colui che viene assistito. Si concretizza nell'incontro di due esistenze: l'infermiere e la persona assistita in cui il piano cognitivo è intimamente connesso al piano esperienziale-fenomenologico di entrambi. Il *caring* è, dunque, un orientamento che riconosce nella cura umanizzante la necessità di promuovere e accompagnare anche il professionista nella crescita affettiva e spirituale di sé. Il benessere della persona assistita esiste solo a condizione che sia promosso e sostenuto a ogni livello (interpersonale e organizzativo, funzionale e gerarchico) un ambiente "*caring*" per gli operatori (Kelley, 2002).

I valori e le dinamiche che portano a prestare assistenza sono secondo Watson indagabili con 5 quesiti:

- che cosa c'è alla base della mia disponibilità a prendermi cura degli altri?
- che cosa mi spinge verso l'assistenza?
- perché non riesco a rispondere?
- quando è difficile prendersi cura di qualcuno?
- come farò a sostenere e a alimentare la mia consapevolezza di prendermi cura degli altri?

Uno studio qualitativo condotto su studenti del corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche ha evidenziato che il prendersi cura dell'altro viene percepito come un dovere etico e deontologico e che la professione è vissuta non come insieme di azioni tecniche ma è caratterizzata dal prendersi cura, con la piena consapevolezza del proprio ruolo e dell'importanza che esso riveste dal punto di vista umano e per il quale devono essere interiorizzati valori quali l'altruismo, la gentilezza e il rispetto della diversità (Pellegrini, 2010).

Prendersi cura dei pazienti e delle loro famiglie nel sistema sanitario odierno è più di una sfida. Assistere è difficile e impegnativo; spesso gli infermieri dichiarano di avere poco tempo a disposizione per stare con le persone assistite in quanto il dominio crescente della tecnologia e delle politiche sanitarie mirate al contenimento dei costi e alla standardizzazione minano l'essenza del prendersi cura. Per molti infermieri poter assistere le persone nel momento del bisogno è la ragione per cui sono entrati a far parte della professione. Tuttavia, non è sufficiente la motivazione del singolo professionista, anche le organizzazioni sanitarie devono sostenere i processi di cura con scelte politiche e strategiche volte a permettere un ambiente di lavoro *caring*.

Il valore della cura non può però essere demandato, delegato o rivendicato unicamente ai vertici istituzionali e organizzativi, neanche all'interno della professione stessa. Duilio Manara ha ricordato nel corso del Seminario Intersede del Corso di Laurea Magistrale – Università Cattolica del Sacro Cuore – XI Edizione che "*il vero impegno politico passa nelle mani di ogni singolo infermiere*"; sollecitando quindi una responsabilità che in motivazioni e scelte quotidiane o strategiche impegna ciascuno a imboccare vie di coraggio tese alla salvaguardia dell'ideale di servizio.

Aver cura di chi cura: chi valorizza e sostiene le "amorevoli cure"?

La cura interpella gli operatori a mettersi in gioco come persone che si affacciano nell'esistenza di altre persone con i loro progetti, la loro storia, i loro vissuti, i loro timori e le loro aspettative; ma come è possibile valorizzare il tempo dell'ascolto, della relazione per conoscere, scoprire la persona assistita sia per chi cura sia per chi dirige e governa i servizi sanitari?

Attualmente, soprattutto nelle realtà ospedaliere, l'enfasi anche economica sulle prestazioni costringe spesso i professionisti della salute ad adattarsi a modelli di cura frammentati in cui con estrema difficoltà

può avvenire l'incontro tra esistenze e in cui chi assorbe il significato di cura quale premura, attenzione, sollecitudine è spesso in solitudine e in condizione di debolezza, a rischio di sconfinare in situazioni di malessere lavorativo.

Gli ambienti *caring* hanno la caratteristica di permettere di preservare la dignità, la globalità e l'integrità umana (O'Reilly, 2010) e studi confermano che la soddisfazione dei professionisti aumenta se il modello della gestione del personale favorisce un'assistenza centrata sul paziente (Minnaar, 2002; Sutherland et al., 2009).

Riflettere sulle declinazioni pratiche dell'ideale di servizio, comprendere il senso che danno alla cura i professionisti nell'incontro con le persone assistite dovrebbe favorire un accompagnamento riflessivo a quel sapere esperienziale, generalmente non documentato, difficilmente supportato ma meritevole oggetto di politiche professionali che sappiano renderlo visibile e condivisibile.

Per agire relazioni di cura sane l'operatore dovrebbe essere guidato a individuare la giusta distanza, ovvero una partecipazione umana retta da quell'equilibrio tra un'eccessiva lontananza e un eccesso di vicinanza che può sconfinare in un coinvolgimento fusionale come ricorda il dilemma del porcospino di Arthur Schopenhauer (1851) a cui si può contrapporre l'affermazione di Nietzsche (1878) quando sostiene che *"Il piacere che deriva dai rapporti umani rende in genere l'uomo migliore; la gioia comune, il piacere goduto insieme, si moltiplicano, danno all'individuo sicurezza, lo rendono affabile, sciogliono la diffidenza, l'invidia : perché ci si sente bene e si vede che l'altro si sente bene allo stesso modo"*.

Chi esercita la cura in qualche modo, più o meno intenso, esercita potere che può concretizzarsi in precisi impegni di politica professionale ai vari livelli. Sostenere la cura, nella complessità e dinamicità delle situazioni assistenziali e organizzative, richiede però non solo applicazione di regole ma soprattutto discernimento. Il discernimento aiuta a incarnare i grandi principi nelle circostanze di luogo, di tempo e di persone, ad avere grandi progetti, ma a realizzarli agendo su piccole cose, condizione generativa di un vero processo trasformativo. Per porre le basi di una trasformazione vera, efficace o di una decisione strategica importante è quindi necessario disporre del tempo per riflettere e distinguere l'essenziale dal fatuo.

La politica professionale infermieristica, considerata la complessità delle scelte da adottare, non può non sviluppare nei confronti della cura una profonda azione riflessiva, alimentata anche da spazi di confronto nei contesti operativi per contrastare il rischio di fornire risposte spersonalizzate sotto la pressione dell'urgenza, presunta o reale, dei problemi e sostenere la visione che abbiamo del nostro lavoro, con le conoscenze, i gesti e i sentimenti che lo compongono.

Le strategie proposte in letteratura includono l'introduzione di una maggiore flessibilità delle strutture dell'ambiente lavorativo, l'incentivazione di infermieri esperti, il miglioramento del numero di infermieri nei reparti con elevata complessità assistenziale, l'attribuzione di maggiore autonomia agli infermieri nello svolgimento della loro professione.

Conclusioni

Manifesto di sintesi



... l'unica politica possibile – tanto a livello personale quanto istituzionale – è l'esercizio del potere orientato al servizio di un ideale condiviso.

POLITICA PROFESSIONALE ED EPISTEMOLOGIA INFERMIERISTICA: QUALE RAPPORTO? Duilio Manara - Seminario intersede - XI edizione - Maggio 2017

IMPEGNI POLITICI

TRADURRE IL VALORE DELLA CURA IN UN SISTEMA DI POLITICHE PROFESSIONALI CAPACI DI SOSTENERE FINALITÀ CONDIVISE

Sviluppare nei confronti della cura una profonda azione riflessiva, alimentata anche da spazi di confronto nei contesti operativi per sostenere la visione che abbiamo del nostro lavoro, con le conoscenze, i gesti e i sentimenti che lo compongono.

RIPENSARE AI GESTI DI CURA

.....a quella situazione, alle decisioni che avete preso e che hanno fatto la differenza per quel malato e per quella famiglia...

...queste conoscenze e questa politica nel rapporto uno a uno con il malato, là da dove parte la politica e il potere della professione, ...

POLITICA PROFESSIONALE ED EPISTEMOLOGIA INFERMIERISTICA: QUALE RAPPORTO? Duilio Manara - Seminario intersede - XI edizione - Maggio 2017

Comprendere il senso che danno alla cura i professionisti nell' incontro con le persone assistite per favorire un accompagnamento riflessivo al sapere esperienziale e incrementare un'intelligenza affettiva nelle competenze relazionali

RENDERE EVIDENTE IL POTERE DELLA CURA

...Il potere più grande che abbiamo è nella relazione, ed è il potere di cura, è il potere di interpretare il bisogno del paziente...

... Occorre fare ricerca su questo. Su quello che ci rende orgogliosi di fare questo lavoro, quello per cui i pazienti e i famigliari ci ringraziano...

POLITICA PROFESSIONALE ED EPISTEMOLOGIA INFERMIERISTICA: QUALE RAPPORTO? Duilio Manara - Seminario intersede - XI edizione - Maggio 2017

Sostenere e diffondere a livello strategico e organizzativo le buone pratiche di ambienti *caring*.

SCEGLIERE SISTEMI DI POLITICA PROFESSIONALE APERTI AL CONFRONTO

...come politica e azione anche personale, l'infermiere quando veste il camice fa politica professionale e dà un'immagine professionale, ...

Testimoniare i valori e conoscenze, irrobustire la propria identità professionale impegnandosi e collaborando a più ampie politiche sociali e sanitarie

Bibliografia

- Benci L. (2010) *La differenza tra curare e prendersi cura*, Il Sole 24 Ore Sanità, 3 ago - 6 sett, p. 20.
- Benner P. (2003) *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza*. Milano: McGraw-Hill.
- Bruzzone D., Musi E. (2007) *Vissuti di cura. Competenze emotive e formazione nelle professioni sanitarie*. Milano: Guerini Scientifica. p.125.
- Collière M.F. (1992) *Aiutare a vivere. Dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica*. Milano: Edizioni Sorbona.
- Contini A. (2004) *L'invisibilità della cura. Uno sguardo fenomenologico*. Foggia: Bastogi Editore, p.135.
- Damasio A. (1995) *L'errore di Cartesio*. Milano: Adelphi, p. 9.
- Damasio A. (2003) *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello*. Milano: Adelphi (Biblioteca Scientifica).
- Floris P. (2004) *L'organizzazione al servizio del cliente. Profili strategici, gestionali e organizzativi nelle aziende di servizi*. Milano: FrancoAngeli, Vol. 278.
- Gigerenzer G. (2008) *Decisioni intuitive. Quando si sceglie senza pensarci troppo*. Torino: Cortina Editore.
- Gigerenzer, G., (2001) *The adaptive toolbox: toward a darwinian rationality* .
- Guerriero G. (2010) *Gesti di cura - Storia, teoria e metodi del nursing*. Torino: Edizioni Medico Scientifiche, III-IV.
- Heidegger M. (2005) *Essere e tempo*. Milano: Longanesi, p. 153, 157-158
- Hesbeen W. (1998) *La qualité du soin infirmier*. Parigi : Masson, p. 30-33.
- Hesbeen W. (1999) *Le caring est- il prendre soin?*, Revue Perspective soignante, 4 :9.
- Horrocks S. (2002) *Edwards, Benner and Wrubel on caring*. J Adv Nurs, 40(1):36-41.
- Jaspers K. (1991) *Il medico nell'età della tecnica*. Milano: Ed. Cortina, p. 12-13.
- Juran J., Blanton Godfrey A. (1999) *Quality handbook*. New York: McGraw-Hill.
- Kelley, M. (2002). *Strategies for innovative energy-based nursing practice: the Healing Touch program*. SCI Nursing: A Publication of the American Association of Spinal Cord Injury Nurses, 19(3), 117–24.
- Kuhse H. (2000) *Prendersi cura. L'etica e la professione di infermiera*. Torino: Edizioni di Comunità, p.142-143.
- Lori V. (2003) *Il sapere dei sentimenti. Emozioni e sentimenti nel lavoro educativo e sociale*. Milano: Guerrini, p. 195.
- Masera G (2006) *Prendersi cura dell'altro*. Milano: Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2006, p. 1.
- Masera G. (2006) *I verbi della cura: ripensare la cura attraverso la voce degli operatori*. Nursing Oggi, 3:30.
- Minnaar A. (2002) *A framework for caring in the human resource management process of nurses*. Curationis, 25(1), 35–40.
- Mortari L. (2006) *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori, p.30-38.
- Mustacchi C. (2001) *Nel corpo e nello sguardo. L'emozione estetica nei luoghi della cura e della formazione*. Milano: Unicopoli Editore, p. 163.
- Nietzsche F. (1981) *Umano troppo umano*. Milano: Adelphi.
- Nouwen H.J.M.(2003) *Il guaritore ferito*. Brescia: Queriniana, p. 81-84.
- O'Reilly, L. (2010) *Essere con. Studio fenomenologico sull'assistenza infermieristica*. Torino: Ed.

CESPI.

- Olivetti Manoukian F. (1998) *Produrre servizi: lavorare con oggetti immateriali*. Bologna: Editrice Il Mulino.
- Pellegrini W (2010) *Le radici del futuro human caring: passaggio attraverso il cuore il senso della scienza infermieristica*. Torino: Ed. Edizioni Medico Scientifiche.
- Rossi B. (2004) *L'educazione dei sentimenti. Prendersi cura di sé, prendersi cura degli altri*. Milano: Unicopoli Editore, p. 27.
- Sala R. (2014) *Filosofia per i professionisti della cura*. Roma: Carrocci Faber Editore.
- Schopenhauer A. (1998) *Parerga e paralipomena*, Milano: Adelphi.
- Sutherland D. Hayter M. (2009) *Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases*. J Clin Nurs, 18(21):2978-92.
- Viafora C., Zanotti R., Furlan E. (2007) *L'Etica della cura*. Milano: Franco Angeli, p.58.
- Watson J (2013) *Assistenza infermieristica: filosofia e scienza del caring*. Milano: Ed. Ambrosiana.