

Alessandro Ditadi • Ornella Bonso

*Manuale di*  
**Pratica della relazione**  
*nell'assistenza infermieristica*

CONSAPEVOLEZZA • **COMPETENZE EMOTIVE** • GRUPPO • ESPERIENZA • RELAZIONE  
APPRENDIMENTO ATTIVO • **NARRAZIONE** • ESPERIENZA • EMPATIA • RELAZIONE  
**COMPETENZE** • ESPERIENZA • EMPATIA • **RELAZIONE** • APPRENDIMENTO ATTIVO  
ESPERIENZA • **EMPATIA** • RELAZIONE • APPRENDIMENTO ATTIVO • CONSAPEVOLEZZA  
EMPATIA • RELAZIONE • **GRUPPO** • APPRENDIMENTO ATTIVO • **NARRAZIONE**  
**ASSISTENZA** • CONSAPEVOLEZZA • **LABORATORIO INFERMIERISTICO** •  
APPRENDIMENTO ATTIVO • **NARRAZIONE** • GRUPPO • ESPERIENZA



CASA EDITRICE AMBROSIANA

**Manuale di**  
**Pratica della relazione**  
***nell'assistenza infermieristica***

**Alessandro Ditadi**

Tutor didattico del corso di laurea in Infermieristica  
presso l'Università degli Studi di Padova, sede di Mirano (Venezia),  
Azienda ULSS 3 Serenissima – Regione Veneto,  
con oltre vent'anni di esperienza nella conduzione di gruppi.

**Ornella Bonso**

Coordinatore del corso di laurea in Infermieristica  
presso l'Università degli Studi di Padova, sede di Mirano (Venezia).  
Azienda ULSS 3 Serenissima – Regione Veneto.



CASA EDITRICE AMBROSIANA

# Indice

<b>Ringraziamenti</b>	<b>XXV</b>
<b>Introduzione</b>	<b>XXVII</b>
<b>Prefazione di Ivo Lizzola</b>	<b>XXXI</b>
La cura: chinarsi sulla vita	<b>XXXI</b>
<b>Parte prima</b>	
<b>La relazione nell'assistenza</b>	<b>1</b>
<b>Capitolo 1</b>	
<b>Gli aspetti fondanti del praticare la relazione nell'assistenza infermieristica</b>	<b>3</b>
<i>A cura di Ornella Bonso</i>	
1.1 Storia dell'assistenza: i nodi	<b>3</b>
1.1.1 Il cristianesimo	<b>4</b>
1.1.2 Il personale religioso e l'ingresso dei laici	<b>5</b>
1.1.3 L'Età moderna	<b>6</b>
1.1.4 La prima formazione in Italia e il ruolo delle donne	<b>8</b>
1.2 La relazione con l'assistito	<b>10</b>
1.2.1 La relazione medico-persona assistita	<b>10</b>
1.2.2 L'autonomia e l'autodeterminazione dell'assistito	<b>12</b>
1.2.3 La relazione infermieristica	<b>14</b>
<i>Bibliografia</i>	<b>16</b>
<b>Capitolo 2</b>	
<b>La relazione infermieristica oggi</b>	<b>17</b>
<i>A cura di Alessandro Ditadi</i>	
2.1 La pratica della relazione nei luoghi di assistenza: le insidie della tecnica e le fatiche della relazione	<b>17</b>

2.2	La formazione relazionale degli infermieri	30
2.3	I sette peccati capitali nella preparazione e nell'apprendimento di competenze relazionali dell'infermiere	31
2.4	Il caso e i percorsi relazionali possibili	36
	<i>Bibliografia</i>	40

## Capitolo 3

### Le caratteristiche originali della relazione infermieristica

	<i>A cura di Alessandro Ditadi</i>	41
3.1	Esiste la relazione infermieristica?	41
3.1.1	Presupposti per la ricerca del ruolo relazionale dell'infermiere	46
3.2	Caratteristiche originali della relazione infermieristica: tra assenze frustranti e presenze ingombranti	48
3.2.1	Senza luogo (il setting)	48
3.2.2	Senza tempo	50
3.2.3	Senza autorità	53
3.2.4	Con la prestazione	56
3.2.5	Con il corpo	59
3.3	I casi e i percorsi relazionali possibili	64
	<i>Bibliografia</i>	69

## Parte seconda

### Il percorso di apprendimento

## Capitolo 4

### Il tirocinio: luogo dell'incontro con la sofferenza

	<i>A cura di Ornella Bonso e Alessandro Ditadi</i>	73
4.1	Il tirocinio clinico nei corsi di laurea	73
4.2	L'ambiente di apprendimento clinico	76
4.3	L'ambiente di apprendimento clinico: tra opportunità e sofferenze	79
4.4	La necessità e la fatica del viaggio dentro se stessi	82
4.5	Sviluppare la resilienza	86
4.6	Il caso e i percorsi relazionali possibili	90
4.7	Diagramma di flusso per affrontare il tirocinio	96
	<i>Bibliografia</i>	97

## Capitolo 5

### **Il modello di Carl Rogers e l'assistenza infermieristica** 99

*A cura di Elena Filippo e Alessandro Ditadi*

5.1	Carl Rogers: la vita	99
5.2	Le idee	101
5.3	Le opere	102
5.3.1	La terapia centrata sul cliente	102
5.3.2	On Becoming a Person	104
5.3.3	Libertà nell'apprendimento	106
5.3.4	Un modo di essere	108
5.3.5	Psicoterapia di consultazione	110
5.4	La terapia centrata sul cliente: concetti principali	111
5.4.1	Tre condizioni per instaurare una relazione	114
5.5	L'applicazione del modello nell'assistenza infermieristica	116
5.5.1	L'infermiere umanistico	118
	<i>Bibliografia</i>	120

## Capitolo 6

### **Aspetti fondanti del praticare la relazione nell'assistenza infermieristica** 123

6.1	Esporsi abitando l'autenticità	123
	<i>A cura di Elena Filippo e Alessandro Ditadi</i>	
6.1.1	L'autenticità	123
6.1.2	Esposizione e autenticità nell'assistenza	125
6.1.3	Il caso e i percorsi relazionali possibili	130
6.1.4	Diagramma di flusso per praticare l'autenticità	135
	<i>Bibliografia</i>	136
6.2	Accettazione positiva – ascolto	137
	<i>A cura di Alessandro Ditadi e Katyuscia Tinti</i>	
6.2.1	L'accettazione positiva	137
6.2.2	L'ascolto	139
6.2.3	Il caso e i percorsi relazionali possibili	145
6.2.4	Diagramma di flusso per praticare l'accettazione positiva e l'ascolto	151
	<i>Bibliografia</i>	152
6.3	Empatia: la spia dell'allarme relazionale	153
	<i>A cura di Alessandra Cigna e Alessandro Ditadi</i>	
6.3.1	Considerazioni generali	153

6.3.2	Le dimensioni dell'empatia	154
6.3.3	Empatia e assistenza	156
6.3.4	Coltivare l'empatia: un doppio beneficio per chi riceve l'assistenza e per chi la pratica	163
6.3.5	Il caso e i percorsi relazionali possibili	165
6.3.6	Diagramma di flusso per praticare l'empatia	168
<i>Bibliografia</i>		168
6.4	La consapevolezza delle emozioni e il comportamento assertivo	172
<i>A cura di Alessandro Ditadi</i>		
6.4.1	Considerazioni generali	172
6.4.2	La strada "stretta" della consapevolezza emotiva	177
6.4.3	L'assertività come percorso	181
6.4.4	Il caso e i percorsi relazionali possibili	183
6.4.5	Diagramma di flusso per divenire consapevoli delle emozioni e praticare l'assertività	187
<i>Bibliografia</i>		188
6.5	Il giudizio: minaccia alla relazione	189
<i>A cura di Matteo Lorenzato e Alessandro Ditadi</i>		
6.5.1	Considerazioni generali	189
6.5.2	Presenza pervasiva del giudizio	190
6.5.3	Prendere coscienza del nostro giudizio e pregiudizio	194
6.5.4	Lo sguardo del giudizio: motivazioni e conseguenze	197
6.5.5	Come favorire la sospensione del giudizio	199
6.5.6	Il caso e i percorsi relazionali possibili	200
6.5.7	Diagramma di flusso per evitare il giudizio	203
<i>Bibliografia</i>		204
6.6	Il silenzio	206
<i>A cura di Alessandro Ditadi e Valentina Sartori</i>		
6.6.1	Considerazioni generali	206
6.6.2	Aspetti del silenzio	207
6.6.3	Il silenzio in ambito sanitario	211
6.6.4	Il silenzio buono	214
6.6.5	I casi e i percorsi relazionali possibili: come essere di fronte al silenzio superando la prigionia della nostra percezione	215
6.6.6	Diagramma di flusso per stare nelle situazioni difficili di silenzio	219
<i>Bibliografia</i>		220

6.7	L'approccio riflessivo	221
	<i>A cura di Ornella Bonso e Alessandro Ditadi</i>	
6.7.1	Considerazioni generali	221
6.7.2	L'apprendimento esperienziale	222
6.7.3	La riflessione nel corso dell'azione	224
6.7.4	L'apprendimento riflessivo nella pratica clinica	229
6.7.5	Educazione all'approccio riflessivo	231
6.7.6	Il caso e i percorsi relazionali possibili	238
6.7.7	Diagramma di flusso per attuare l'approccio riflessivo	245
	<i>Bibliografia</i>	246
6.8	Il gruppo	247
	<i>A cura di Alessandro Ditadi e Katyuscia Tinti</i>	
6.8.1	Origine e significato dei gruppi	247
6.8.2	I processi e gli obiettivi del gruppo	249
6.8.3	L'esperienza di gruppo per sviluppare le abilità relazionali nei corsi universitari per infermieri	251
6.8.4	Che cosa si sperimenta nei gruppi? I casi e i percorsi relazionali possibili per lo studente (o il professionista) e il docente-tutor	253
6.8.5	Diagramma di flusso per essere nel gruppo	261
	<i>Bibliografia</i>	262

## Parte terza

<b>Il laboratorio professionale nei corsi di laurea in infermieristica: lo sviluppo di abilità relazionali</b>	<b>263</b>
--	------------

## Capitolo 7

<b>La genesi del progetto</b>	<b>265</b>
-------------------------------	------------

*A cura di Alessandro Ditadi e Giampietro Ricci*

7.1	L'esperienza "Narrare il tirocinio"	265
7.1.1	La realtà che ha fatto nascere il progetto	266
7.1.2	Il nome, gli obiettivi, la scelta degli studenti	270
7.1.3	Articolazione, tempi e conduzione di "Narrare il tirocinio"	271
7.2	La valutazione di "Narrare il tirocinio"	273
7.2.1	L'empatia	273
7.2.2	La competenza emotiva	274
7.2.3	Sintesi conclusiva sui risultati "Narrare il tirocinio"	276

<i>Bibliografia</i>	276
---------------------	-----

## Capitolo 8

### La cassetta degli attrezzi per il laboratorio professionale “Praticare la relazione” del 1° anno

277

A cura di *Alessandro Ditadi, Ornella Bonso, Lorella Feltrin,  
Paola Piccolo*

8.1	Obiettivi del primo anno del laboratorio professionale “Sviluppo di abilità relazionali”	277
8.1.1	Primo anno, i presupposti della relazione: introduzione e obiettivi specifici	278
8.1.2	Premesse: il luogo, i conduttori e i co-conduttori, i contenuti	280
8.2	Primo incontro: presentarsi. Contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	283
8.3	Secondo incontro: l'autenticità. Contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	286
8.4	Terzo incontro: l'autenticità. Contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	292
8.5	Quarto incontro: l'accettazione positiva. Contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	297
8.6	Quinto incontro: l'ascolto. Contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	303
8.7	Sesto incontro: riflessioni sull'ascolto. Contenuti e istruzioni per il conduttore	308
8.8	Settimo incontro: comprensione empatica. Contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	310
8.9	Ottavo incontro: l'assertività. Contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	316
8.10	Nono e ultimo incontro: un bilancio. Contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	323
8.11	Problematiche emerse nella gestione del gruppo: i casi	326
8.11.1	Caso n. 1: Angelo libertà espressiva o contenimento?	326
8.11.2	Caso n. 2: Benedetta e l'ostacolo del “sapere”	327
8.11.3	Caso n. 3: Agostino e il disorientamento del conduttore	329
8.11.4	Caso n. 4: Andrea e le sue chiusure, quali strategie?	331
8.11.5	Caso n. 5: il gruppo che non voleva divenire gruppo, il primo anno: gli attacchi	333
	<i>Bibliografia</i>	338



**Capitolo 9****La cassetta degli attrezzi per il laboratorio professionale  
“Praticare la relazione” del 2° anno****339***A cura di Alessandro Ditadi, Ornella Bonso, Lorella Feltrin, Paola Piccolo*

9.1	Obiettivi del secondo anno del laboratorio professionale “Sviluppo di abilità relazionali”	<b>339</b>
9.1.1	Secondo anno, affrontare la complessità: introduzione e obiettivi specifici	<b>340</b>
9.1.2	Premesse: il luogo, i conduttori e i co-conduttori, i contenuti	<b>343</b>
9.2	Primo incontro: presentarsi. Contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	<b>345</b>
9.3	Secondo incontro: parliamo della morte e del morire. Contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	<b>348</b>
9.4	Terzo incontro: scriviamo della morte e del morire. Contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	<b>355</b>
9.5	Quarto incontro: parliamo ancora una volta della morte e del morire. Contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	<b>361</b>
9.6	Quinto incontro: il dolore e la sofferenza prima parte. Contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	<b>368</b>
9.7	Sesto incontro: il dolore e la sofferenza seconda parte. Contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	<b>375</b>
9.8	Settimo incontro: la ripresa. Contenuti e istruzioni per il conduttore	<b>381</b>
9.9	Ottavo incontro: la solitudine. Contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	<b>382</b>
9.10	Nono e ultimo incontro: contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	<b>389</b>
9.11	Problematiche emerse nella gestione del gruppo: i casi	<b>394</b>
9.11.1	Caso n. 1: Maria e le ondate emotive: tra amplificazioni e malesseri reali	<b>394</b>
9.11.2	Caso n. 2: parlare in gruppo della morte e del morire, una sfida emotiva	<b>396</b>
9.11.3	Caso n. 3: il gruppo e il dilemma del negativo nella realtà	<b>398</b>
9.11.4	Caso n. 4: il conduttore e la sopportazione del tempo	<b>400</b>
9.11.5	Caso n. 5: il gruppo che non voleva divenire gruppo, il secondo anno: la stabilizzazione svalutativa	<b>402</b>
	<i>Bibliografia</i>	<b>405</b>

**Capitolo 10****La cassetta degli attrezzi per il laboratorio professionale  
“Praticare la relazione” del 3° anno****407***A cura di Alessandro Ditadi, Ornella Bonso, Paola Piccolo*

10.1	Obiettivi del terzo anno del laboratorio professionale “Sviluppo di abilità relazionali”	<b>407</b>
10.1.1	Terzo anno, sperimentare l'autonomia: obiettivi specifici	<b>408</b>
10.1.2	Premesse: il luogo, i conduttori e i co-conduttori	<b>410</b>
10.1.3	I contenuti e la conduzione: la grande discontinuità	<b>411</b>
10.2	Primo incontro: istruzioni per il conduttore	<b>413</b>
10.3	Gli altri incontri: contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	<b>414</b>
10.4	L'ultimo incontro: contenuti e istruzioni per il conduttore, indicazioni per lo studente	<b>418</b>
10.5	Contenuti portati in gruppo dagli studenti	<b>421</b>
10.6	Approfondimento di alcuni contenuti e riflessi sul gruppo	<b>424</b>
10.6.1	Contenuto n. 1: vedere se stessi con gli occhi degli altri	<b>424</b>
10.6.2	Contenuto n. 2: fidarsi per affidarsi	<b>425</b>
10.6.3	Contenuto n. 3: il pregiudizio	<b>427</b>
10.6.4	Contenuto n. 4: eutanasia e cure palliative, così muore un italiano	<b>429</b>
10.6.5	Contenuto n. 5: fine o inizio?	<b>431</b>
10.7	Il gruppo che non voleva divenire gruppo, il terzo anno e i risultati	<b>432</b>
10.8	Per i conduttori e per gli studenti	<b>434</b>
	<i>Bibliografia</i>	<b>437</b>

**Capitolo 11****I risultati****439**

*A cura di Alessandro Ditadi, Alessandra Cigna, Francesca Carraro,  
Alessia Fattoreto, Angela Longhi, Alessia Mulas, Chiara Piran,  
Valentina Sartori, Katyuscia Tinti, Ornella Bonso, Giampietro Ricci*

11.1	Gli ambiti monitorati	<b>439</b>
11.2	I livelli di empatia	<b>440</b>
11.2.1	Monitoraggio dei livelli di empatia negli studenti che hanno partecipato agli incontri di gruppo “Praticare la relazione”. Confronto con l'empatia della popolazione non sanitaria e quella del personale infermieristico	<b>441</b>

11.2.2	Confronto dei livelli di empatia tra gli studenti che hanno partecipato agli incontri di gruppo “Praticare la relazione” e quelli di altre due sedi dell’Università di Padova che hanno seguito modelli diversi di laboratorio relazionale	<b>444</b>
11.2.3	Rilevazione dei livelli di empatia nel personale di assistenza collegato alla rilevazione di abusi assistenziali	<b>446</b>
11.3	La competenza emotiva	<b>447</b>
11.3.1	Monitoraggio delle difficoltà emotive negli studenti che hanno partecipato agli incontri di gruppo “Praticare la relazione” nella sede di Mirano	<b>449</b>
11.3.2	Confronto tra gli studenti con difficoltà emotive che hanno partecipato agli incontri di gruppo “Praticare la relazione” e quelli di altre due sedi dell’Università di Padova che hanno seguito modelli diversi di laboratorio relazionale	<b>450</b>
11.3.3	Confronto tra le difficoltà emotive e di comportamento di infermieri, di studenti non partecipanti e partecipanti al gruppo relazionale	<b>452</b>
11.4	L’orientamento all’assistito	<b>455</b>
11.5	Stress e burnout negli studenti	<b>459</b>
11.5.1	Confronto tra i livelli di stress e la presenza di rischio di burnout negli studenti di due Corsi di Laurea in Infermieristica	<b>460</b>
11.6	Sintesi sui risultati	<b>462</b>
11.7	Conclusioni	<b>465</b>
	<i>Bibliografia</i>	<b>467</b>
	<b>Indice analitico</b>	<b>469</b>

## Introduzione

Questo manuale nasce da un progetto volto a sviluppare abilità relazionali negli studenti frequentanti il Corso di laurea in infermieristica.

Il tirocinio nei luoghi di assistenza provoca negli studenti importanti impatti che si ripercuotono in problematiche di gestione dell'emotività, di stress, di calo dell'empatia, di orientamento verso se stessi con la conseguente riduzione di abilità relazionali.

Abbiamo preso coscienza che l'accompagnamento tutoriale è importante, ma non è sufficiente per rispondere adeguatamente all'incontro dello studente con la fragilità umana.

Come preparare il giovane studente in salute a rispondere ai bisogni della persona malata?

Contemporaneamente alla preparazione sul sapere e sulla tecnica, come favorire la consapevolezza di sé, l'accettazione dei propri limiti e quindi l'equilibrio emotivo necessario per assistere con competenza relazionale e umana?

Numerose esperienze tratte dalla letteratura suggeriscono come lo strumento degli incontri di gruppo possa favorire la conoscenza e la consapevolezza di sé e quindi lo sviluppo di abilità relazionali.

Carl Rogers sosteneva che un gruppo che si riunisce in maniera continuativa con un conduttore può creare un clima psicologico di sicurezza, in cui si realizza la libertà di espressione e la riduzione dell'atteggiamento difensivo.

Si afferma così un senso di fiducia, di cordialità e di simpatia per gli altri membri del gruppo, che porta l'individuo a conoscere se stesso e ogni altro più a fondo di quanto non riesca a fare negli usuali rapporti sociali o di lavoro, rivelando ciò che è dietro la facciata.

In questo progetto di incontri di gruppo abbiamo individuato un filo conduttore che attraversa i tre anni del percorso; una metodologia per rendere operativa questa straordinaria risorsa costituita dal gruppo.

Nel primo anno, il filo conduttore riguarda i prerequisiti necessari per instaurare una relazione con la persona; gli incontri del secondo anno si focalizzano nell'affrontare situazioni relazionali complesse; nel terzo e ultimo anno gli studenti sono chiamati a individuare, proporre e gestire temi di pratica relazionale.

Riteniamo che l'esperienza di gruppo, contemporanea allo svolgersi del tirocinio, offra agli studenti alcune possibilità elencate di seguito.

- **Palestra di ascolto non giudicante**

La maggior parte del tempo dei singoli partecipanti è utilizzata nell'ascolto dei vissuti dei compagni in tirocinio. La modalità si sofferma sull'esperienza e su ciò che suscita, limitando l'espressione del giudizio.

- **Accogliere la debolezza irreparabile**

Gli infermieri, come tutti quelli che lavorano in ambito sanitario, vengono preparati per trovare la soluzione di problemi. Frustrazione e impotenza vengono spesso causate da situazioni di malattia grave, da comportamenti del personale ospedaliero e da criticità organizzative.

Le narrazioni in gruppo facilitano l'accoglienza della fragilità dell'assistito e di quella di chi assiste.

- **Ritrovare un'identità infermieristica oltre il sapere e la tecnica**

Il filo conduttore degli argomenti presentati, la narrazione e lo scambio di esperienze che avvengono in gruppo coagulano delle identità. Identità che assumono un senso se sono legate alla centralità dell'assistito e alla sua globalità come persona: cioè un'assistenza oltre l'organo, oltre la patologia, oltre la tecnica. Questo permette di tenere strettamente connesso l'infermiere all'infermo.

Il manuale è suddiviso in tre parti.

- **Prima parte: l'infermiere e la relazione**

Questa prima parte affronta la cornice del progetto e cioè come si è strutturata dalle origini la relazione infermieristica. Segue uno sguardo su come si declina oggi l'assistenza infermieristica nell'epoca della tecnica. Si è poi cercato di delineare i caratteri originali della relazione che l'infermiere attua nei luoghi di assistenza.

- **Seconda parte: il percorso di apprendimento**

Questa sezione si occupa di disegnare il pensiero e le fondamenta concettuali che reggono la parte pratica. Si inizia dal tirocinio, e si continua nell'approfondimento del pensiero di Carl Rogers e dei prerequisiti necessari per instaurare una relazione. Infine, si approfondiscono alcuni elementi importanti quali: il gruppo, l'approccio riflessivo, la consapevolezza delle emozioni, il giudizio, il silenzio.

- **Terza parte: ambito operativo**

Questa parte è costituita da strumenti e metodi di svolgimento degli incontri, che abbiamo chiamato la “cassetta degli attrezzi”. Anche in questa parte non mancano indicazioni per gli studenti e i conduttori. I capitoli 8 e 9 si chiudono con 5 casi che evidenziano le problematiche emerse nella gestione del gruppo, con commenti e suggerimenti inerenti la conduzione desunti dall’esperienza. L’ultimo capitolo illustra i risultati.

L’impronta pratica del testo è caratterizzata dalla presenza di quaranta casi reali, oltre un centinaio di testimonianze di studenti, oltre 150 indicazioni di possibili percorsi relazionali per i tutor-conduttori e per gli studenti. Il capitolo 6 è arricchito da alcuni diagrammi di flusso che cercano di sintetizzare operativamente i comportamenti relazionali più importanti.

La metodologia del laboratorio professionale di sviluppo di abilità relazionali sperimentata in questi dieci anni, di cui il testo è testimonianza fedele, ha evidenziato risultati che hanno avuto un impatto importante negli studenti e, vogliamo sperare, sull’assistenza.

- L’empatia cresce sensibilmente negli studenti che hanno frequentato i gruppi, mentre cala in coloro che non vi hanno partecipato.
- In chi ha frequentato il laboratorio professionale di tipo relazionale cresce la capacità di percepire, comprendere, identificare ed esprimere le emozioni, mentre al contrario tale capacità diminuisce in chi non l’ha frequentato.
- L’orientamento verso l’assistito cresce in misura maggiore in chi ha frequentato il gruppo.
- Lo stress tende a diminuire e così anche il rischio di *burnout*.

Possiamo affermare che tale approccio può consentire a sviluppare le abilità relazionali, migliorando l’equilibrio emotivo di chi cura e contrastando la disumanizzazione dell’assistenza attraverso un’attenzione maggiore alla persona malata. Auspichiamo una diffusione di tale metodologia sia nella formazione dei futuri infermieri sia, perché no, anche in quella degli attuali infermieri. Appare sempre più necessario prendersi cura di chi cura.

Alessandro Ditadi  
Ornella Bonso

## Prefazione

### La cura: chinarsi sulla vita

#### *vulnerabilità e dignità*

La modernità ha provato a “vaccinare” (con risultati molto incerti) contro il pregiudizio, il razzismo, l’intolleranza nei confronti delle minoranze e della diversità. Ma ha lasciato scoperti nei confronti della vulnerabilità manifesta, della debolezza irreparabile della malattia che sfigura e chiede cura fedele e prolungata nel tempo. Di fronte a questo occorre avere maturato la capacità di “integrare la morte nella vita”<sup>1</sup>.

La dignità umana così come è pensata da filoni forti del pensiero occidentale, si esprime ed è riconoscibile nella libertà, nell’autenticità, nell’autonomia, nella razionalità<sup>2</sup>.

Non può certo, così intesa, rispecchiarsi nella figura di donne e uomini resi fragilissimi, dipendenti, incapaci, limitati nelle relazioni, incapaci di buon uso della ragione e di buon governo di sé, portatori di disturbi psichici e distorsioni nel comportamento. Donne e uomini indegni, dunque?

Se ascoltiamo le grandi tradizioni sapienziali e morali conservate nei testi sacri e nei miti antichi della nostra cultura sentiamo richiamare una dignità degli uomini e delle donne che va rispettata e riconosciuta non tanto, non in primo luogo, là dove questi presentano le qualità e i tratti più elevati e nobili (lì già rifulge, e orienta). La sapienza antica chiede invece di serbarla, di ricercarla, di richiamarla con forza proprio là dove donne e uomini perdono la loro “altezza”, proprio nei momenti in cui perdono la “forma umana”. Dove sono deturpati dalla miseria o dallo smarrimento esistenziale, dove sono prostrati dalla malattia o resi vulnerabili e incapaci dalla invalidità. Lì non c’è auto-

<sup>1</sup> J. Kristeva, J. Vanier, *Il loro sguardo buca le nostre ombre*. Roma: Donzelli, 2011, pp. 31; 85.

<sup>2</sup> P. Valadier, “Dignità della persona e diritti dell’uomo”, in Pavan A. (a cura di), *Dire persona. Luoghi critici e saggi di applicazione di un’idea*. Bologna: Il Mulino, 2003.

nomia e autosufficienza; non c'è abilità dei gesti o capacità della mente che "manifesti" la dignità umana. Queste condizioni sono avvicinate o attraversate da molti, se non da tutti, nell'arco della vita. Queste condizioni sono specchio della nostra costitutiva vulnerabilità, della fragilità nella quale siamo nati, e siamo cresciuti, affidati nelle mani d'altri.

La "forma umana" quando si sfigura è del tutto affidata alla sollecitudine di altri uomini e altre donne e alle istituzioni di convivenza che essi si danno per la cura e per la giustizia. Edipo nella tragedia di Sofocle afferma, alla fine della sua parabola, che "è proprio quando io non sono niente che divento veramente un uomo". È questa anche l'indicazione del "servo sofferente" di Isaia.

È la nostra "comune indegnità", la debolezza e il degrado che è nelle nostre possibilità e (in momenti e con intensità diverse) nella nostra realtà: è questa che ci può fare incontrare in una relazione che riconosce, e manifesta e dà dignità. La dignità è una relazione.

Ma è dalla parabola del samaritano<sup>3</sup> che ci viene anche un'altra indicazione: chi incontra lo sconosciuto "senza qualità" e ne ha cura in nome dell'umanità vinta e sfigurata, diventa portatore, dà prova di dignità. Noi ci onoriamo riconoscendo un uomo, una donna, in chi è sofferente e sfigurato nel corpo e nella psiche, senza ridurlo alla sua sofferenza, in chi è nella miseria fisica, psicologica, morale senza ridurlo alla sua condizione, alla sua deficienza. La dignità viene a noi, in essa ci riconosciamo, ci incontriamo.

### *capaci e vulnerabili*

Già nel 1950 Paul Ricoeur tracciava una linea di riflessione che sarebbe arrivata fino agli scritti degli ultimi mesi della sua lunga vita attorno al carattere fluttuante, incerto e titubante (*flottant*) dell'entrare nell'umano, rivelato dalla "passività irriducibile" che è propria del solo fatto di essere in vita<sup>4</sup>. Passività come recettività, come ciò che è dato di vivere prima dell'esercizio della volontà: trovarsi in vita, appunto, grazie, con e tra altri.

Le motivazioni e gli sforzi delle donne e degli uomini non assumono la forma del controllo e della sovranità: "la vita sfugge, si sottrae da tutte le parti al giudizio e al controllo; non si regna su di essa"<sup>5</sup>. Sono parole che colgono molto della condizione umana nella nostra contemporaneità.

<sup>3</sup> Luca, 10.

<sup>4</sup> P. Ricoeur, *Philosophie de la volonté 1. Le Volontaire et l'involontaire*. Paris: Auber, 1950 (*Filosofia della volontà 1. Il volontario e l'involontario*. Genova: Marietti, 1990).

<sup>5</sup> Ibidem, p. 385.



Precarietà e fragilità rinviano alla figura della vulnerabilità. La vulnerabilità non è la precarietà ma può essere ripensata a partire da essa. La vulnerabilità designa la persistenza della precarietà nel processo di umanizzazione della vita.

Questo è tempo opportuno perché sulla soglia della vulnerabilità, della cura, dell'esposizione, della solitudine che la vita offre e apre continuamente, nell'incertezza e nella fragilità incontrate in sé e in altri, le donne e gli uomini vengono spinti a legarsi tra loro. Donne e uomini vulnerabili possono trovare senso e giustizia nell'incerto, possono scrivere storie e riconoscimenti nella precarietà, possono serbare dignità e consegna nel limite e nel finire.

È la vulnerabilità che fa sì che l'autonomia sia la condizione di possibilità, di potere. È generativo, allora, il "paradosso dell'autonomia e della vulnerabilità" proprio della condizione umana. Un'antropologia dell'uomo capace non può essere chiarita che da un'antropologia dell'uomo vulnerabile. È proprio da dentro la prova del negativo, dell'impossibilità, dell'impotenza che prende senso la tensione all'autonomia, al ritrovare se stessi.

### *nel compimento dei giorni*

A volte ci sono dei passaggi in cui abbiamo consumato tutte le ragioni possibili e anche tutte le nostre forze, la nostra capacità di controllare noi stessi e il mondo. Quando questo è consumato allora possiamo, in qualche modo, riuscire a guardare con occhi sgombri, e allo stesso tempo aperti, il tempo come un tempo nuovo nel quale incontrarci di nuovo, in un nuovo inizio, tra noi. In una fedeltà che rischiamo di avere perduto, avendola delegata a una serie di tecniche e a saperi di ruoli e servizi che ci legano in società, ma che ci proteggono anche dal dolore degli altri e dalle loro storie. Ecco, quando avremo consumato fino in fondo la forza e il potere del nostro sapere e di noi stessi, allora potremo reincontrarci in umanità.

Memoria del futuro è cogliere che c'è un'attesa sul nostro potere, c'è un'attesa sul nostro sapere, c'è un'attesa sulle nostre tecniche, c'è un'attesa sul modo in cui noi usiamo le risorse ed educiamo i nostri figli. È l'avvenire possibile, umano che attende ancora, e scompagina e consuma. Ma c'è un'attesa per la quale dobbiamo essere capaci, un poco, di vivere fino in fondo la consumazione.

La nostra è un'identità narrativa: ogni donna, ogni uomo è una storia, una storia unica. Quando diciamo storia, parliamo per lo più di un passato, un presente e un futuro; indichiamo fatti, avvenimenti, impossibilità di ritornare sul passato, peso del presente, costruzione del futuro. Le storie delle donne e degli uomini non sono così. L'unicità delle storie delle donne e degli uomini

è che, in ogni momento della storia vissuta, si ricapitola il passato e prende forma un futuro nuovo<sup>6</sup>.

In una possibilità di origine, di generazione continua.

La dura inevitabile domanda sul perché la malattia? perché io? pare a volte avvelenare il tempo vissuto e troncato il futuro. Eppure il “perché?” della malattia e della ferita può, via via, iscriversi nel modo e nel tempo del futuro anteriore. Io “sarò stato”, “avrò scelto”, “avrò detto”, “mi sarò fatto vicino”. Il futuro è ancora possibile, non è spezzato. Segue le trame della buona consegna, delle “ricapitolazioni” delle memorie e dei racconti: in questo posso anticipare il “rimettere la vita”. Consegnandola, dedicandola, anche nella gratitudine.

### *il tempo della malattia*

L'esperienza della cura assume non di rado i tratti dell'esposizione alla debolezza irreparabile, a una fragilità insopprimibile e non celabile. In fondo è un'esposizione alla verità più propria della condizione umana, ma diventa difficile sostenerla quando si manifesta in condizioni nelle quali pare quasi impossibile intravedere varchi verso il futuro, coltivare il senso del possibile, vivere ancora il desiderio.

Quando chiede l'esposizione di un corpo, di una mente, di una storia prostrata a gesti e a presenze chiamate a sostenere, accogliere, contenere. Ma esposizione alla fragilità propria è anche quella vissuta da chi porta presenze e gesti tecnicamente raffinati, ma poco più che impotenti, davanti a corpi la cui figura si dissolve e nei quali la vita esita e sfinisce.

Tale esposizione è di tanti operatori della cura, di operatori sociali dell'area della marginalità, di tanti educatori. Ma, al fine, è di ogni donna e di ogni uomo, di ogni trama familiare e di prossimità. Il nostro tempo ha diffuso di nuovo questa esperienza, nei luoghi quotidiani dove la vita fiorisce e a volte geme, e nei luoghi dove concentriamo il potere delle tecnoscienze a disposizione della medicina. E il nostro si fa, così, tempo di disvelamento della vulnerabilità propria delle figlie e dei figli d'uomo.

A volte accoglienza ed esposizione si toccano, una non teme l'altra, non teme d'essere colta nell'altra<sup>7</sup>. Accogliere chi mi si presenta o accanto a me si mostra nell'irreparabile debolezza, nella insopprimibile (e non celabile) fragilità d'una ferita, d'una malattia, d'uno sfinire pare quasi impossibile. Pare solo rivelare la mia impotenza di fronte alla sua integrità ormai compromessa. Così come è

<sup>6</sup> M. Zambrano, *I beati*. Milano: Feltrinelli, 1992; id., *Spagna, Pensiero, poesia e una città*. Troina (Enna): Città Aperta, 2004.

<sup>7</sup> S. Petrosino, *La scena umana. Grazie a Derrida e Lévinas*. Milano: Jaca Book, 2010.

avvertito pare quasi pesante e ingiusto il confidare che la mia condizione ferita, di “resto” di umanità sfigurata possa trovare un qualche riparo, una qualche accoglienza presso altri. Pare solo una pretesa prepotente.

Eppure nelle case, nelle strutture sanitarie e d'accoglienza, nei centri e nelle residenze assistenziali, negli hospice dove l'esposizione e l'accoglienza s'allacciano l'una all'altra nei corpi, negli sguardi e nelle mani di donne e uomini fragili e capaci, le vite toccano il loro ritrovarsi sul limite nella loro origine, nella cura.

Sono ingiuste la malattia, l'invalidità, l'infermità nel corpo e nella mente? Certo, sono ingiuste. Ed è giusto farvi fronte, combatterle, cercare di ridurle, di contrastarle. Ma l'ingiustizia resta e resiste sia perché l'azione di contrasto è dolorosa, crea dipendenze e “spoliazioni”, sia perché è azione destinata comunque a non essere risolutiva.

Elaboriamo, allora, retoriche di purificazione consolatorie o “edificanti”, oppure retoriche di resistenza “eroica” dal sapore amaro e freddo. Oppure, ancora, accentuiamo le derive di una dissennata insistenza terapeutica o tecnologica. Ma è la nuova fenomenologia della malattia e della vulnerabilità che rivela il limite delle retoriche diffuse e, forse, indica sentieri verso i quali incamminarsi.

L'esperienza di malattia e fragilità entra da qualche decennio nei giorni di tante donne e uomini, per permanervi a lungo. Destruire progetti e condizioni di vita e chiede di cercare e provare nuove strutturazioni, inediti equilibri. Oppure strategie per stare negli squilibri, nei nuovi limiti e nella dipendenza. Sono le possibilità della medicina di frontiera, della rianimazione e della riabilitazione, della farmacologia e della tecnologia medica ad allungare i tempi di malattia, a portare a lunghe cronicizzazioni, a gestire prolungate dipendenze da farmaci.

Cambia il senso e l'orientamento della cura, della terapia: non è più intervento risolutivo, tanto meno “salvifico”; a volte “stabilizza” a fatica, più spesso rallenta o cerca di contrastare processi.

La diagnostica e l'indagine genetica nello svelare precocemente la presenza di patologie ne permettono, certo, il “trattamento” ma aprono anche a una convivenza a volte prolungata con il proprio essere “minati”, con il proprio finire. E ciò, per essere portato, richiede adeguate risorse culturali e psicologiche, affettive e relazionali, spirituali.

### *una attesa di comunità*

Se la malattia è “attesa di comunità”, ogni comunità reale si svela, in presenza della malattia, vulnerabile. Il timore crea separazione, crepe nella fraternità, deleghe agli specialisti della cura. Quando la debolezza irrevocabile si manifesta, il patto sociale è posto di fronte alla paura del deficit, alla ferita narcisistica,

alla castrazione<sup>8</sup>. È di fronte alla mortalità che abita ognuno: se ha promesso felicità, assenza di dolore, disponibilità di beni inesauribili, piacere, apertura a ogni esperienza e movimento, risposta a ogni bisogno e soddisfazione dei desideri, così come si pongono, non può che viverli sconfitta. Ospitando reazioni difensive di rigetto, di indifferenza, di arroganza, o di volontà d'eliminazione del limite estremo attraverso l'eutanasia.

La vulnerabilità estrema e i limiti della vita possono essere trasformati in comunità. Ma questo a condizione che la debolezza che si rivela irreparabile non venga negata, e neppure esaltata, ma venga invece accolta. E riecheggi nelle ferite di ognuna delle donne e degli uomini presenti sulla scena della cura, li porti in presenza e in verità dentro un tempo inedito.

La vicinanza si dà solo attraversando un passaggio nel quale si viene sradicati dalle certezze, esiliati dalle appartenenze. E messi in ascolto serio dell'estraneità che è dentro ognuno di noi. E della vulnerabilità che è in ogni "avvicinanza" ad altri.

La privatizzazione della sofferenza e del morire, così come la sua medicalizzazione, negano uno spazio di vita comune a questi passaggi decisivi di umanizzazione.

Solo in una trama di vita comune si può continuare a sentire la cura, a guardare insieme nel buio, nel mistero, a reggere di fronte all'ingiustizia del male e del finire. Una vita comune nella quale riuscire ad accettare che non possediamo mai l'altro: dobbiamo lasciarlo essere (nella gioia dei momenti della sua pienezza d'essere!) e poi dobbiamo lasciarlo andare.

L'esilio provato da chi vive la sofferenza e il dolore in prima persona; distanza ed estraneità che prova chi vorrebbe tanto, pur esitando, farsi vicino, provare a curare e si trova in un tempo completamente altro, e vive in un corpo che prova sensazioni completamente altre da chi vorrebbe curare<sup>9</sup>.

Non pochi medici raccontano di questa esperienza; soprattutto tanti infermieri e infermiere raccontano di questo, perché la prossimità del corpo per loro è continua. È come se si provasse a incontrarsi da più lontano, quasi abitando delle isole di un arcipelago che deve provare di nuovo, da capo, a ritessere le comunicazioni.

### *sulla scena della cura*

Sulla scena della cura si dà sempre un delicato gioco di proiezioni, di assimilazioni, di suggestioni, di abusi, di giustificazioni, di rispetto, di dedizione. Occorre

<sup>8</sup> J. Kristeva, J. Vanier, *Il loro sguardo*, op cit., pp. 25-26.

<sup>9</sup> I. Lizzola, *Incerti legami*, op cit., pp. 66-69.

apprendere sul campo cosa farsene della propria impotenza e, insieme, come ritessere nella evidenza del limite, e anche del finire, le possibilità di desiderio. Anche di momenti di gioia, legati a esperienze di dare e ricevere tra chi è presente nei giorni, legati alla fioritura di attività gratuite, leggere, non vincolate. Nelle quali ci si chiama alla vita in una specie di amicizia.

Sono luoghi e momenti di un apprendimento della vita: in essi a volte matura non solo l'accettare ma, piuttosto, l'integrare la mortalità e il desiderio, e il gusto dei gesti. Riuscendo, così, ad addomesticare un poco le paure e la depressione.

Nella cura ci troviamo quasi sempre là dove non ci aspettavamo di trovarci, presso una sofferenza che può essere incontrata con la possibilità di trascenderla, di trasformarla, almeno un poco.

Occorre apprendere a guardare in faccia l'intollerabile, a non indietreggiare. Per una madre, come per tante madri e tanti padri di figli disabili, si tratta di poter giungere a dire: "come madre non scelgo di dare senso all'handicap..., l'handicap si è imposto e io mi reinvento facendo rinascere mio figlio tappa dopo tappa"<sup>10</sup>. Anche tante figlie e figli di genitori dementi o sfiniti possono sperare di maturare questo.

Certamente la cura diventa una sfida alla responsabilità cui ci sentiamo chiamati. Ma non è solo questo: diventa un'arte nella quale si esercita un "desiderio mitigato", un desiderio rispettoso della persona ferita e rispettoso del proprio limite.

È preziosa la tessitura di un ambiente di relazioni, di scambi e riflessioni nel quale ospitare le domande e gli incontri attorno alla sofferenza e alla debolezza. Un ambiente di cura nel quale fare spazio e riunire famiglie e reti di prossimità, aiutare orientamenti per chi vive nelle relazioni educative, professionali e lavorative, per chi condivide esperienze sociali con chi è segnato dalla debolezza.

Nella cura si dà una reciprocità asimmetrica. La reciprocità asimmetrica è una relazione nella quale non avviene uno scambio alla pari, o il semplice riconoscimento d'una eguaglianza di fronte al diritto. Nella cura le condizioni di chi è ferito e di chi cura sono distanti, radicalmente diverse: e c'è spazio per una soggezione o per una disposizione.

Eppure tutto questo, nella cura, non impedisce la generazione di un dare-avere, di una scambievole destinazione d'attenzione e gesti, d'offerte e riserbi. Ed è dal fragile che vengono dettati i ritmi e i movimenti, perché il dare cura possa ritrovare il dono della mitezza.

---

<sup>10</sup> J. Kristeva, J. Vanier, *Il loro sguardo*, op cit., p. 35.

Una reciprocità asimmetrica può generarsi solo se pensieri e movimenti si collocano nella logica della “preferenza” assegnata all’altro, dell’attenzione ai movimenti della vita. Occorre porsi in una dimensione nella quale indebolire la tentazione del controllo e della requisizione del senso e della parola da parte della competenza e della tecnologia medica. Incapaci, per altro, di dire davvero “cosa sta avvenendo”.

Questa reciprocità asimmetrica, questa danza di donne e uomini capaci e fragili, vulnerabili, avviene nel ritrovamento di una parola che torna all’origine. Scrive María Zambrano che “la vita ha bisogno della parola, della parola che sia il suo specchio, che la rischiari, che la potenzi, che la innalzi e, al tempo stesso (ove necessario, e portandola in giudizio), che dichiarare il suo fallimento”. La parola trova il suo senso solo “nella simbiosi piena con la vita”<sup>11</sup>. Questa parola a volte “turbina priva di nido” perché la vita si è fatta durezza e prova, restrizione o esilio, malattia o abbandono. Solo se il mondo, le relazioni, gli ascolti si fanno abitabili, la parola trova il suo destinatario.

La parola è itinerante, esiliata. Può entrare dove i saperi e i poteri non entrano: entra nella notte della prova, nello sperdimento; e nella fragilità, nella semplicità, nell’amicizia.

Nel ristagno del tempo e nel consumo del corpo, il desiderio può ancora trovare forma, e il futuro può trovare spazio, se chi è con noi e ha cura di noi è capace di una danza relazionale delicata, difficile e controcorrente: la danza della “reciprocità asimmetrica”.

### *la parola e le tecniche*

La tecnologia è un linguaggio, costruisce e determina un linguaggio, uno sguardo sulla malattia, un supporto per il tempo della malattia e della cura. Può “assorbire” e “ridurre” tutto il campo comunicativo. Ci può essere il rischio che questo avvenga, specie nelle strutture sanitarie si possono verificare derive in questo senso.

Ma la tecnologia non può uccidere la parola: può a volte creare un ambiente, una relazione nella quale la parola resta sussurrata o resta un poco abbandonata, senza molto ascolto. D’altra parte è proprio il controllo di saperi esperti e di tecniche che permette e legittima la relazione tra le diverse figure di operatori sanitari e le persone malate.

Dentro questo incontro nasce, sempre insopprimibile, una parola: a domandare, interpretare, a cogliere la condizione umana di vulnerabilità. Condizione

<sup>11</sup> M. Zambrano, *Chiari del bosco*. Milano: B. Mondadori, 1997; id., “Per una storia della pietà, *Aut Aut*, n. 279, 1997, pp. 63-69.

che ospita attese di prossimità e compagnia, come di ricerca di senso, consegna e memoria, destinazione e racconto.

Diagnosi, prognosi, terapia – nelle quali così grande parte e spazio hanno gli apparati tecnologici – si danno sul limitare di un incontro tra storie personali, nel quale una storia in particolare è chiamata a una prova (un ridisegno, una ricapitolazione, una reinterpretazione) dei suoi gesti, delle scelte, dei ruoli, dei pensieri, degli affetti. Incontro difficile e complesso, ma non eludibile. La tecnica e la tecnologia permettono (possono permettere), insieme sia la distanza e il pudore, che la vicinanza e lo scambio<sup>12</sup>.

Un'appropriazione della malattia e del morire (una presa di controllo sul limite di ciò che non si riesce a controllare e risolvere) da parte di un ambiente tecnologicamente sofisticato e attrezzato, capace di forti insistenze terapeutiche, può incontrare per qualche tratto quelle storie di malattia nelle quali prende il sopravvento il sogno della delega, o il desiderio della fuga e della rinuncia. Per un tratto solo. Occorrerà sorvegliare molto bene quegli equilibri difficili e importanti sui quali si gioca il possibile scivolamento in una riconsegna, quasi abbandonica seppur tecnicamente assistita, del morire ai margini della struttura sanitaria o agli spazi privati, alle famiglie.

### *la parabola del quotidiano*

Nella cura noi riusciamo a narrare anche parabole del quotidiano. Il nostro presente, la nostra quotidianità possono diventare capaci di ospitare dei gesti che si fanno per sempre, che vorrebbero ospitare una capacità di segno ultimo, esprimere ciò che resta, una volta per tutte. Gesti come sigilli dell'infinito.

Chiamati alla cura ci chiediamo se saremo capaci di far nuove le cose. Lo diventiamo, capaci, a patto di sapere guardare negli occhi questi momenti. Quando il quotidiano diventa una parabola, noi sentiamo una connessione particolarissima tra la fragilità e la libertà. La libertà la proviamo soltanto gli uni di fronte agli altri. Potremo forse dire che una dimensione della libertà, della responsabilità la troviamo soltanto quando riusciamo a stare presenti di fronte al farsi lontani di quanti ci sono affidati nella cura.

Quando consegniamo i nostri racconti o consegniamo i nostri corpi alla cura sentiamo una grandissima esposizione e non abbiamo alcuna certezza circa il fatto che gli altri coglieranno questa esposizione, si faranno prossimi e la sosterranno. È una relazione al limite dell'impossibile, come dicono al-

---

<sup>12</sup> I. Lizzola, "Soglie, fratture, prossimità: l'esperienza della cura nelle terapie intensive" in G. Bertolini (a cura), *Scelte sulla vita. L'esperienza di cura nei reparti di terapia intensiva*. Milano: Guerini, 2007, pp. 51-130.

cuni grandi filosofi come Paul Ricoeur o María Zambrano. Però le donne e gli uomini sono capaci di questo tentativo. Allora la notte oscura viene attraversata e viene permesso di nuovo di incontrarsi sull'alba. Le memorie sono degli appuntamenti sull'alba, non sono solo il passato. Alla fine la memoria dell'infanzia e la memoria della cura emergono come memoria di futuro, come memoria di vita.

C'è chi ha definito la speranza "memoria di futuro": a ricordarci che noi siamo ciò che è atteso da noi, che noi siamo un'attesa<sup>13</sup>. È debole e delicata la speranza, non è forte come la certezza o la previsione. L'attesa è molto più fragile, è molto più mite. Ma quando dentro di noi torna a farsi spazio la memoria di futuro, la memoria dell'alba, allora ci ritroviamo in comune umanità, in una sospensione nella quale ci aspettiamo gli uni gli altri, pur fragili, con i saperi della cura e con i nostri corpi e le loro memorie.

*Ivo Lizzola*  
*Professore di Pedagogia Sociale*  
*Università degli Studi di Bergamo*

---

<sup>13</sup> G. Marcel, *Il mistero dell'essere*. Roma: Borla, 1987; id., *Homo viator*. Roma: Borla, 1980.



## **PARTE PRIMA**

### **La relazione nell'assistenza**

## Capitolo 2

### **La relazione infermieristica oggi**

*A cura di Alessandro Ditadi*

#### **2.1 La pratica della relazione nei luoghi di assistenza: le insidie della tecnica e le fatiche della relazione**

Il complesso di norme che regolamenta l'assistenza ai vari livelli è molto chiaro: la relazione con la persona assistita è un elemento imprescindibile, anzi è un indicatore indispensabile per una buona assistenza sanitaria.

*La normativa  
e la relazione*

Non è questo il luogo per analizzare l'aspetto normativo che prescrive, indica e sostiene l'abilità di relazionare con l'utente da parte degli operatori di assistenza. Basterà dare alcuni cenni per cogliere l'importanza e l'indispensabilità anche legale di questa attività.

La Costituzione italiana, all'articolo 32, dichiara che la Repubblica tutela la salute e a tal scopo istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (Legge 883 del 1978). Inoltre la carta fondamentale pone la persona al centro dell'interesse. Queste norme poi sono rese attuative da una serie di disposizioni che cercano di applicarle.

Nello specifico, l'articolo 1 del Profilo Professionale, la legge cioè che legittima il ruolo dell'infermiere verso la collettività, delinea, al secondo comma, che lo scopo e la natura della sua assistenza curativa, palliativa e riabilitativa sono di natura tecnica, educativa e relazionale, nella logica che queste tre caratteristiche non si escludono a vicenda ma si integrano reciprocamente. La norma quindi non fa nessuna scelta gerarchica o di priorità tra le tre tipologie di attività.

□ **DURANTE IL TIROCINIO...**

**Alice, un caso di faticosa conoscenza di sé**

Alice, studentessa al secondo anno, narra nel gruppo questo episodio. Un mattino si accinge a fare, assieme all'infermiera che la affianca, dei prelievi di sangue attraverso venipuntura; si avvicina a una signora ma Alice sbaglia il prelievo, che poi viene fatto dall'infermiera. Il giorno successivo, la stessa assistita deve fare nuovamente un prelievo, e questa volta si rifiuta che sia Alice a farglielo; l'infermiera effettua il prelievo che però non va' a buon fine, perché la vena si rompe, costringendo a una nuova venipuntura. La studentessa, presente alla scena, dice sorridendo: "Vede signora che non era colpa mia ma delle sue vene". Questa affermazione sembra ad Alice la più naturale del mondo.

Il conduttore del gruppo stimola con delle domande sul senso dell'affermazione di Alice, da cui emerge che la pur legittima rabbia che Alice ha provato per l'errore e il successivo rifiuto della donna sono sfociati nella sua affermazione che non ha nessun significato assistenziale se non quello di colpevolizzare la signora per le sue vene, trasformandosi quindi in un'affermazione aggressiva.

Alice appare sorpresa dalla lettura emersa. Solo nell'incontro successivo, quindi dopo una settimana di sedimentazione, la studentessa riflette e ammette l'errore nella sua affermazione, errore di cui non si era resa conto. La sorpresa di Alice è soprattutto legata alla scoperta della differenza tra la sua percezione di adeguatezza e dolcezza e l'episodio accaduto in corsia e alla successiva rielaborazione in gruppo, che le fa scoprire invece parti di sé che non conosceva.

## 2.2 La formazione relazionale degli infermieri

La formazione dell'infermiere in ambito universitario

Lo studente infermiere, attraverso una formazione teorica e pratica, dovrà raggiungere le competenze necessarie per esercitare le funzioni previste dal profilo professionale. La parte teorica del corso è ricca di occasioni di apprendimento di tipo cognitivo, a sostegno della importante parte pratica su cui si articolerà il percorso. Questa compenetrazione tra parte teorica e pratica è uno dei motivi del particolare successo del percorso di infermieristica.

La particolarità deriva dal fatto che, mentre l'ingresso a infermieristica è scarsamente "popolare" come mission, sovrastata com'è dal ben più prestigioso percorso di medicina, le cose cam-

ne, un buon rapporto con l'assistito, una discreta presa in carico. Il punto debole resta la relazione, che viene vista con rispetto, ma non decisiva. Sul piano concreto tale relazione si manifesta in modo prevalentemente istintivo, come una sorta di galateo di buone maniere in cui resta escluso qualsiasi rigore scientifico; come conseguenza di ciò, manca la consapevolezza di come noi siamo nella relazione e di come tale rapporto dovrebbe essere centrato sull'assistito. Invece questa mancanza di coscienza di ciò che accade lascia spazio a uno spontaneismo, seppur cordiale, che è centrato prevalentemente sull'operatore, e da cui può scaturire di tutto, anche conseguenze negative, in una cornice che però si crede buona. Questo modello, nelle intenzioni buono, è afinalistico. Essendo un modello numericamente prevalente, presenta una delle fonti principali a cui attingono i giovani che si stanno formando come infermieri.

## 2.4 Il caso e i percorsi relazionali possibili

### DURANTE IL TIROCINIO...

#### **Il caso Erica ovvero si impara dalla realtà ma non nella realtà**

Erica 21 anni è una studentessa del 2° anno di infermieristica, persona molto motivata e preparata. Ha una media elevata negli esami; in tirocinio dimostra buone abilità pratiche, i tutor clinici danno positivi riscontri, è molto apprezzata dalle persone assistite.

Chiede un colloquio con il tutor didattico che la segue dal 1° anno per alcuni chiarimenti rispetto al caso clinico che dovrà consegnare.

Si trova in neonatologia a cui è collegata una patologia neonatale, ha scelto una signora che ha partorito, su sua pressante richiesta, un bambino anzitempo; attualmente il neonato si trova in patologia neonatale perché la prematurità lo espone a rischi. Erica ha fatto la raccolta dati della donna, ma ha rilevato delle notevoli lacune tra ciò che le ha detto e ciò che invece si rileva dall'anamnesi medica e dalle altre notizie contenute nella documentazione. In sintesi, la signora ha omesso notizie rilevanti, e non particolarmente delicate, alla studentessa e questa appare sorpresa e incredula di ciò.

Il tutor cerca di allargare le informazioni in possesso attraverso delle domande, ma non emerge molto. A un certo punto le chiede: "Tu sai che la relazione tra due persone è una responsabilità di ambedue, da questo punto di vista tu ritieni di avere avuto atteggiamenti, sentimenti, vissuti che potrebbero aver ostacolato il rapporto?".

Con sorpresa del tutor Erica si mette a piangere e rivela che quella donna ha voluto partorire mettendo a repentaglio la vita del neonato, e che questo non è giusto sia nei confronti del bambino sia nei confronti di chi fatica tanto per avere un figlio. Per tale decisione dice di provare rabbia. Con alcune domande poi emerge che tale rabbia è alimentata dalle infermiere di reparto che hanno stigmatizzato tale vicenda.

Il tutor le dice che probabilmente la signora ha percepito il suo stato d'animo e non si è aperta alla confidenza (aspetto consueto nelle persone in stato di vulnerabilità come la puerpera, in cui la sensibilità si acuisce nel comprendere gli atteggiamenti altrui).

Il tutor rielabora con Erica una sintesi, e cioè che il difficile del prendersi cura, nella professione infermieristica, è la necessità di andare oltre se stessi, ricominciare cioè da un'altra idea dell'assistita che recuperi una benevolenza nei suoi confronti, altrimenti difficile da avere se lasciati in balia dei nostri giudizi, e che permetta l'inizio di una relazione d'aiuto. La studentessa ascolta attentamente e appare sorpresa dagli esiti di questa rielaborazione guidata. L'invito del tutor a ritornare dalla signora permetterà a Erica di avvicinarsi più liberamente grazie all'aver fatto emergere e condiviso lo stato d'animo di rabbia. Consapevole di ciò, la studentessa si sentirà meno prigioniera dei suoi sentimenti e dalla relazione sortirà un effetto positivo. Fatto questo, sarà poi l'assistita a decidere il livello di apertura; l'importante è per noi non creare ostacoli.

## Percorso relazionale possibile per il docente-tutor

### 1. Conoscere lo studente e capire cosa suscita al formatore

Per qualsiasi rielaborazione di eventi gravidi di vissuti e sentimenti, come quelli accaduti nei luoghi di cura, è necessario avere una certa conoscenza dello studente. Per conoscenza si intende soprattutto essere curiosi e domandarsi: che persona è? Come vive la realtà che incontra? Come si pone nelle situazioni? Quali adattamenti mette in campo quando è in difficoltà? Poi naturalmente il tutor deve interrogarsi sulla propria percezione affettiva nei confronti di quello studente e criticarla, facendo emergere i giudizi che abbiamo su di lui, lavorare per sospenderli, considerarli provvisori.

Non si finisce mai di conoscere le persone; la nostra esperienza ci dice che è necessario creare occasioni ripetute per comprendere lo studente, la presa in carico triennale dello studente da parte del tutor è una opportunità importante di conoscenza. La rielaborazione fatta da Erica con il tutor è avvenuta anche perché c'era alla base una certa conoscenza della studentessa.

### 2. Favorire l'emersione dello stato d'animo dello studente

Aiutare lo studente a svelare il suo stato d'animo e quindi il suo giudizio nei confronti della situazione: in questa rielaborazione è stato molto importante far emergere lo stato d'animo di Erica, non sempre è facile perché a volte ci si trova di fronte a difese importanti, che vanno sì ridimensionate ma *non scardinate*. La studentessa deve essere lasciata libera di svelarsi, se si ostina a deviare nella cronaca e fa resistenza, o sembra non voler capire, è necessario lasciar cadere il discorso. Si potrà tentare più avanti, ma si dovrà rispettare la scelta della persona.

### 3. Orientare la situazione mettendo al centro l'assistito

Nel caso di Erica è stato centrale far emergere il blocco che impediva una lucida analisi della situazione; tale blocco era determinato dal vissuto di Erica, alimentato da un valore importante come la tutela della vita nascente che cozzava contro i comportamenti dell'assistita e provocava rabbia. Spostare questo elemento che era di Erica e dei suoi valori, e focalizzarsi successivamente su quello che è meglio per la madre, vuol dire spostare l'attenzione di una giusta indignazione, però centrata sull'operatore-studente, quindi non orientata alla presa in carico dell'assistita.

## Percorso relazionale possibile per lo studente

### 1. Non aver paura del formatore

Che cosa può insegnare allo studente questo caso? Brava è stata Erica a discutere dell'accaduto con il tutor, è importante andare a parlare con infermieri esperti come i tutor; è una occasione che dobbiamo darci, ne potrebbero scaturire punti di vista sorprendenti e che aiutano lo studente a conoscersi.

### 2. Interrogarsi su ciò che si prova

È importante interrogarsi su ciò che si prova, su quello che si sente, soprattutto quando esprimiamo sentimenti non positivi. Infatti mentre accettiamo volentieri le emozioni positive, è quando proviamo sentimenti quali la rabbia, l'impotenza, la vergogna, l'invidia, che sono unanimemente considerati negativi che tendiamo a negarli, a nasconderceli, a occultarli. Come li nascondiamo? O attribuendo ad altri tali emozioni oppure nascondendoli all'interlocutore parlando solo di cronaca, che in sé è indolore. Questo ci fa stare momentaneamente meglio, ma non aiuta a conoscerci.

### 3. Interrogarsi criticamente su ciò che vediamo in tirocinio

Può succedere che, avvicinandoci ai luoghi di cura ospedalieri con la loro organizzazione, velocità, competenza, proviamo del rispetto misto a timore. Questi sentimenti sono naturali, ma non devono implicare un'adesione acritica a tutto ciò a cui assistiamo. Non dobbiamo mai rinunciare a porre domande e a porci domande: *ciò che abbiamo visto è giusto? È stato fatto nell'interesse dell'assistito? Quel comportamento verso il malato è adeguato? Si poteva fare diversamente?* Lo sforzo che lo studente fa in apprendimento, prima, e poi nella professione è di non spegnere mai il senso critico e di orientarlo il più possibile verso l'interesse della persona malata.

**Alessandro Ditadi • Ornella Bonso**

# **Manuale di Pratica della relazione nell'assistenza infermieristica**

Questo manuale presenta un progetto volto a sviluppare abilità relazionali negli studenti che frequentano il Corso di Laurea in Infermieristica, avvalendosi della metodologia degli incontri di gruppo inseriti nell'ambito del Laboratorio Professionale.

La prima parte del manuale affronta la cornice del progetto: come si è strutturata dalle origini la relazione infermieristica, come si declina oggi l'assistenza infermieristica nell'epoca della tecnica, quali sono i caratteri originali della relazione che l'infermiere attua nei luoghi di assistenza.

La seconda parte si occupa di disegnare il pensiero e le fondamenta concettuali che reggono il progetto. Inizia dalle caratteristiche del tirocinio e continua con l'approfondimento dei prerequisiti necessari per instaurare una relazione. Infine, sono trattati alcuni elementi rilevanti quali: il gruppo, l'approccio riflessivo, la consapevolezza delle emozioni, il giudizio, il silenzio.

La terza parte, applicativa, è invece una "cassetta degli attrezzi" che presenta gli strumenti e i metodi di svolgimento degli incontri di gruppo. In questa parte, ogni capitolo, ciascuno dedicato a un anno di corso, si chiude con casi che evidenziano le problematiche emerse nella gestione del gruppo, con commenti e suggerimenti inerenti la conduzione.

L'ultimo capitolo illustra i risultati ottenuti utilizzando la metodologia descritta nel testo.

Un testo pratico, caratterizzato dalla presenza di quaranta casi reali, con oltre un centinaio di testimonianze di studenti e oltre 150 indicazioni di possibili percorsi relazionali per i tutor-conduttori e per gli studenti. Specifici diagrammi di flusso sintetizzano il percorso utile ad apprendere abilità relazionali significative.

**DITADI\*RELAZIONE ASS INFERMIERM(CEA Q**

ISBN 978-88-08-18449-8



9 788808 184498