

INDICE:

INTRODUZIONE

1

CAPITOLO I: L'evoluzione delle cure infermieristiche

1.1 Sviluppo concettuale dell'infermieristica moderna

4

1.2 Cenni storici dell'infermieristica

7

1.3 Florence Nightingale e la nuova disciplina

9

1.4 Il prendersi cura come direzione di senso dell'esserci

12

CAPITOLO II : Il prendersi cura oggi

2.1 Dal curare al prendersi cura

17

2.2 Il cambiamento dell'assistenza

19

2.3 La teoria dello "Human Caring" di Jean Watson

21

2.4 Il ritorno alle cure fondamentali

29

CAPITOLO III: Lo "Human Caring" nella pratica

3.1 Applicazione dello "Human Caring" attraverso casi studio

34

3.2 Punti di contatto tra lo "Human Caring" e il Primary Nursing

51

CONCLUSIONI

54

FONTI BIBLIOGRAFICHE

57

INTRODUZIONE

Per parlare del nursing come caring, è necessario sviluppare un processo argomentativo capace di mostrare come il prendersi cura sia un'attività complessa, multidimensionale che richiede pensiero, sentimento ed azione competente. Il caring esprime azioni eticamente significative con le quali gli infermieri si occupano e si preoccupano dei pazienti. Se la scienza del nursing è la scienza del caring, diventa questione rilevante e significativa per la ricerca approfondire questo tema per cogliere l'essenza di una buona pratica di cura infermieristica.

Il concetto di “to care” olistico, ossia del prendersi cura dell'altro è all'origine stessa della scienza infermieristica. L'assistenza infermieristica, definita nel profilo professionale DM 739/94, è implicata nel soddisfare i bisogni ed è di natura tecnica, relazionale ed educativa. Le due componenti del nursing, il prendersi cura, che conduce necessariamente l'operatore in una condizione di relazione, e la dimensione scientifica devono dunque integrarsi. La componente relazionale occupa una posizione centrale nell'assistenza infermieristica: l'infermiere nell'approccio assistenziale, considera il paziente come persona unica nella sua totalità, cogliendone i valori, le credenze e le preoccupazioni. Tuttavia, nel sistema sanitario odierno, segnato da continue evoluzioni, prendersi cura dei pazienti è più di una sfida. Il dominio crescente della

tecnologia e delle strategie mirate al contenimento dei costi, concedono poco tempo agli infermieri per relazionarsi con il paziente e rendono difficoltosa l'attuazione dei processi di caring. Le innumerevoli scoperte in campo tecnologico e scientifico hanno permesso di focalizzarsi solo sulla malattia, identificando il corpo come un oggetto da riparare e togliendo quindi importanza agli aspetti relazionali e psicologici. Un'assistenza così riduzionistica e meccanicistica produce una pratica infermieristica routinaria, automatica, che nel tempo innesca un distacco emotivo e una depersonalizzazione. Quindi la domanda che mi sono posta per elaborare la mia tesi è la seguente: in questo periodo di grandi cambiamenti, in cui l'agire dell'infermiere è recintato dentro una serie di limiti, come riesce a prendersi cura della persona che assiste, considerando anche quelli che sono i suoi bisogni più nascosti, le sue relazioni, gli aspetti emotivi e cognitivi?

La realizzazione della tesi parte da queste riflessioni andando a ripercorrere, nel primo capitolo, l'origine e l'evoluzione delle cure infermieristiche, per capire come è cambiata l'assistenza nel corso degli anni, soffermandomi poi sul pensiero che il filosofo Heidegger aveva riguardo la Cura.

Nel secondo capitolo invece viene sottolineato come, nonostante lo sviluppo del processo tecnologico-scientifico, è importante considerare il caring per una buona pratica assistenziale. Per questo verrà illustrata la teoria dello Human

Caring di Jean Watson ponendo l'accento sul "core" della teoria e cioè, sui 10 caritas processes che rappresentano il nucleo fondante e l'insieme dei valori a cui l'infermieristica deve rifarsi per costruire una propria identità.

Infine nel terzo capitolo ho riportato tre casi studio in cui è stata applicata la teoria dello Human caring. I risultati ottenuti sono stati positivi per i pazienti che si sentono accettati, ascoltati e rispettati.

Concludendo si può affermare come questa teoria, che si sta facendo strada anche in Italia seppur con una lenta diffusione, mostra continuamente chiari successi con sempre maggiori possibilità di applicazione anche nelle nostre strutture in un prossimo futuro.

CAPITOLO I

Evoluzione delle cure infermieristiche

1.1 Sviluppo concettuale dell'infermieristica moderna

La storia della moderna scienza infermieristica così come oggi la comprendiamo con il suo patrimonio culturale, di modelli teorico concettuali rigorosamente e scientificamente definiti e sottoposti a studio ed applicazione, di esercizio professionale giornaliero rivolto al prendersi cura, è il risultato relativamente recente di un processo che a partire dal Novecento ad oggi ha coinvolto pensatori, ricercatori e appassionati dell'arte e della scienza dell'assistere.

L'elaborazione culturale è avvenuta inizialmente per rivisitazione del pensiero della Nightingale ma, mano a mano che le categorie concettuali più moderne venivano rese disponibili nei vari campi del sapere, è progressivamente evoluta inserendo nuovi elementi nella percezione e riflessione di quale ambito fosse proprio dell'infermieristica.

A mostrare la cornice filosofica su cui il sapere professionale si fonda è il metaparadigma dell'infermieristica, che è formato da quattro concetti fondamentali:

-persona, perché naturale destinatario delle cure

- salute, quale definente l'ambito d'interesse (la salute della persona)
- contesto, definente l'ambito dove l'assistenza viene ad esistere o esercitata
- nursing, quale oggetto stesso dell'argomentare e ambito da connotare (1).

Il nursing, da sempre concepito come comportamento di aiuto, appartiene al più generale atteggiamento di solidarietà sociale che si esprime con la disponibilità, la condivisione e l'interesse verso l'altro. Considerato quindi che la caratteristica dell'essere umano è quella della consapevolezza di sé e dell'empatia per l'altro, ne deriva che l'infermieristica è un'intrinseca componente della dimensione sociale dell'uomo.

Questo suo essere componente naturale ed intrinseco del comportamento sociale rende spesso difficile afferrare la dimensione “professionale” dell'infermieristica, costituita invece da un ambito di sapere strutturato e codificato, non limitato alla produzione di azioni assistenziali (non esaurisce in queste il suo scopo), ma volto piuttosto a produrre risultati benefici per la persona, famiglia o comunità che assiste. La differenza rispetto alla medicina con cui condivide in maniera strettissima il campo della salute è quella di orientare il risultato, non alla riparazione, ripristino di omeostasi ed eliminazione della malattia, ma piuttosto allo sviluppo dell'assistito visto come il “produttore” della propria salute e qualità di vita. Fin dal suo inizio, infatti, l'infermieristica è

stata pensata non solo come “cura” di una alterazione ma come “aver cura” della persona che soffre gli effetti dell'alterazione stessa. Tutta la produzione teorica e scientifica dell'infermieristica rivela l'esigenza di trovare un equilibrio filosoficamente e scientificamente sostenibile tra dimensione razionale-quantitativa per dare evidenza di efficacia agli esiti dell'assistenza e quella, invece, romantico-qualitativa della percezione empirica e dei sentimenti che sottendono alla dimensione artistica del nursing professionale (2).

Dunque andare a ricercare le nostre radici realizzando un viaggio nel tempo fino al cuore della nostra professione per recuperare e custodire le parole dette e scritte, per mostrare tutto quello che è stato, che è e che sarà del nostro essere infermieri serve forse per avere una maggiore conoscenza e coscienza del sé infermieristico, per avere una propria opinione del lavoro dei nostri predecessori e di noi stessi: pensare al proprio passato significa riconoscere di avere una esistenza, un inizio e un poi.

E' possibile affermare come la nostra professione affonda le sue radici in un tempo assai remoto: un percorso lunghissimo, faticoso e complesso; una storia vissuta, in condizioni di povertà o benessere diffuso, avvenuta in tempo di pace o di guerra, in situazioni di riconoscimento negato, di strumentalizzazione, ma pur sempre una storia viva, vera e pulsante costruita da persone che, oggi come allora, hanno un unico scopo, essere di aiuto alla persona, indipendentemente

dalla motivazione che li spinge a ciò. Citando Aristotele, l'uomo è definito un animale sociale e per sua stessa natura, fin dalla notte dei tempi, si è aggregato in gruppi di suoi simili. Questa sua particolare situazione lo ha spinto necessariamente ad adottare sistemi di assistenzialismo reciproco che nel corso dei secoli si è affinato sempre di più fino a giungere alle attuali tecniche di assistenza (3).

1.2 Cenni storici dell'infermieristica

Un elemento che tutti gli studiosi condividono è come il concetto di assistenza è storicamente legato alla figura della donna, madre compagna e soccorritrice. Proprio ad una donna è attribuita l'istituzione di quello che può essere considerato il primo ospedale della storia: nel 390 d.C. circa, Fabiola, nobildonna romana, istituì il Valetudinaria, primo nosocomio della storia occidentale, dove venivano per la prima volta ricoverati e curati i cittadini romani. Con l'arrivo del Medioevo, la cura e l'assistenza vengono assicurate soprattutto dal clero all'interno di conventi, monasteri e lungo le vie di pellegrinaggio. E' proprio in questi ambiti che nasce il termine infermiere: l'infirmus era il monaco che si occupava dell'accoglienza e dell'assistenza di malati e bisognosi, soffermandosi, piuttosto che sull'aspetto curativo, su quello

caritatevole, accogliendo un'intera umanità emarginata (nel *hospitale* medioevale si assistono principalmente i poveri, i malati, gli orfani, i senzatetto, gli alienati ecc.) (4). Mentre i primi ospedali erano strutture adibite al ricovero di chiunque si trovasse nel bisogno, verso la metà del '400 ci fu un cambiamento radicale dell'assetto istituzionale e organizzativo degli ospedali: il prendersi cura non veniva più considerato solo in termini di carità cristiana, ma anche in termini di pratica produttiva di salute del corpo. Si iniziò a distinguere i malati in base alle loro condizioni e alle loro necessità assistenziali; gli infermieri, religiosi e laici, dovevano conoscere non più solo le sacre scritture, ma anche il significato delle varie malattie e i medicinali con i quali trattarle, avviando così un processo di laicizzazione della figura dell'infermiere. A partire dal Seicento, con il fiorire di nuove scoperte medico-scientifiche, si assiste alla nascita di nuove teorie e concezioni riguardanti la salute: la malattia diventa un fenomeno che deve essere studiato sulla base dell'osservazione di segni e sintomi ed è a partire da questa epoca che il medico si avvale del proprio bagaglio percettivo, del proprio intuito e dell'esperienza accumulata anche grazie all'impiego dei primi strumenti diagnostici. Però questo progresso scientifico che accompagna l'avvento dell'Illuminismo settecentesco conferì un grande potere ai medici, mentre gli infermieri, sotto il loro stretto controllo, erano chiamati a compiti puramente alberghieri e di sorveglianza notturna (5).

1.3 Florence Nightingale e la nuova disciplina

La vera svolta per la figura infermieristica è legata all'intervento di Florence Nightingale (1820-1910), che segna certamente uno spartiacque nello sviluppo della disciplina. Essa è stata definita come la "fondatrice dell'infermieristica moderna", colei che ha dato vita ad un approccio scientifico a questa professione. Prima di lei c'è stato soltanto un indefinito insieme di figure assistenziali, di "guardamalati" privi di formazione e di una visione più ampia del proprio ruolo. L'evoluzione che la disciplina infermieristica ha seguito nei secoli precedenti è stata largamente trascurata, e talora cancellata perché non conforme alla visione nightingaliana della professione. Nightingale, nel corso della sua vita modificherà sostanzialmente il suo modo di concepire l'infermieristica professionale, da "attività per tutte le donne di buon senso", espresso nel "Notes on Nursing", fino ad affermare che assistere come infermiere richiede impegno, grande competenza e severo addestramento, da come si può evincere dall'insieme dei suoi scritti e dalle molte lettere. Dunque il contributo da lei dato ha trasformato il concetto di infermieristica dal romantico e missionaristico "fare del bene" a quello professionale basato su metodologia e scienza (6). Di origini alto borghesi, la "signora della lampada" si distingue per il soccorso fornito ai militari feriti nella guerra di Crimea, tanto da rivelarsi ben presto un genio pratico, organizzativo, teorico e didattico. Florence lavorava

incessantemente, aggirandosi anche di notte, con una lampada, per confortare, assistere, dare speranza e controllare i feriti. Proprio da qui le fu assegnato il nome di “Signora della lampada” (o lanterna), grazie all’immagine poeticamente descritta da Henry W. Longfellow: “I feriti sul campo di battaglia, nei tristi ospedali del dolore, i bui corridoi senza vita, i pavimenti di fredda pietra.

Guarda! In quella casa della sofferenza, vedo una signora con la lampada, mentre passa nella luce incerta, veloce da una baracca all’altra” (7).

Florence si impegnò affinché i vertici dell’esercito capissero che i soldati dovevano essere trattati come persone e non come semplici numeri. Intervenne riorganizzando a fondo l’assistenza: si occupò dell’igiene ambientale e individuale, la qualità del cibo fornito, la ventilazione, il ricambio di aria e la luminosità delle stanze. Come risultato del suo intervento e di quello del suo gruppo di infermiere da lei addestrate, la mortalità dei soldati degenti nell’ospedale di Scutari, nell’attuale Turchia, era diminuita dal 40% al 2%. Il suo approccio metodologico e la comparabilità dei dati, sono riconosciuti come prime proposte di gestione del processo sanitario attraverso l’applicazione di procedure sistematiche, in questo caso finalizzate a ridurre il tasso di infezioni sui ricoverati (8). Quindi possiamo dire che dovrebbe essere meglio ricordata per il contributo dato alla statistica applicata all’epidemiologia; infatti lei è stata la prima a capire la potenzialità dell’analisi statistica associata alla grafica per

informare e rendere consapevoli i soggetti responsabili delle decisioni di aspetti importanti e complessi della salute pubblica. Con la Nightingale l'assistenza infermieristica virerà in modo irreversibile verso la scientificizzazione e l'efficienza. Florence creò una scuola per infermieri al St. Thomas' Hospital di Londra con un metodo didattico fondato sull'istruzione, la gerarchia, la disciplina, la dedizione, gli elevati standard di comportamento. L'organizzazione scolastica creata nell'Inghilterra vittoriana venne presto imitata da tutte le nazioni più avanzate. Bisognerà attendere, tuttavia, gli anni Settanta perché la pratica dell'infermieristica si diffonda nel territorio italiano, incontrando molte resistenze tra le infermiere, i medici e gli amministrativi, questi ultimi restii a concedere dignità ad un lavoro che i più consideravano ancillare. Molto importante si rivelerà in Italia, ai fini di una modernizzazione delle concezioni assistenziali, l'introduzione del concetto di “nursing” e l'esperienza sviluppata in campo infermieristico nei Paesi anglosassoni. Il termine nursing per definire l'assistenza infermieristica, venne introdotto nella nostra nazione soltanto agli inizi del ventesimo secolo, dopo la pubblicazione in Inghilterra del “Notes on Nursing” (1859), un libretto in cui la Nightingale dispensava consigli alle milioni di donne responsabili della salute dei loro familiari (9). Oggi la Giornata Mondiale dell'infermiera si ricorda il 12 maggio: giorno della nascita di Florence Nightingale, proprio per celebrare come con dedizione, generosità e

preoccupazione per i più bisognosi è riuscita ad affermare l'infermieristica come professione.

Una professione che citando una metafora di Martin Heidegger ci dice: “ l'uomo è un'isola. La mia vita è come un'isola, io la percorro tutta, la spiaggia, i promontori, le insenature, e quando ho terminato il periplo dell'isola e torno al punto di partenza, mi accorgo di una cosa: che là dove finisce l'isola comincia l'oceano. Che il confine dell'isola è l'inizio dell'infinito. E' altro. E' l'oltre.” Questa è stata la straordinaria storia dell'assistenza e dell'assistenza infermieristica: secoli di scoperta e di infiniti oceani di alterità (10).

1.4 Il prendersi cura come direzione di senso dell'esserci

Che cos'è la cura? Nel corso della vita tutti gli esseri umani sperimentano momenti in cui hanno bisogno di ricevere cura, poiché nessuno è in grado di soddisfare autonomamente tutte le condizioni necessarie alla vita. La cura costituisce, dunque, una risposta necessaria ad una condizione di forte dipendenza da altri. In questo senso si può parlare della cura come di una necessità universale della condizione umana ; anche se ogni società interpreta diversamente i modi della cura, perché differenti sono le concezioni di benessere, tutti comunque hanno necessità di cura (11). La cura richiede tempo,

ed essa prevede di dare tempo all'altro. Per attualizzarsi, la cura necessita che chi ha cura e chi riceve cura comunichino ed interagiscano l'uno con l'altro e che in questa interazione, chi indossa i panni del curante, abbia qualità distintive dell'essere umano: linguaggio, pensiero ed emozioni che consentano di comprendere i reali bisogni dell'altro.

Nella letteratura di filosofia dell'infermieristica impegnata a teorizzare la primarietà della cura, il riferimento teoretico fondamentale è costituito dal pensiero di Heidegger che, nel primo Novecento, ha riportato l'attenzione su questo tema.

Heidegger afferma che la cura può essere nominata come “fenomeno ontologico-esistenziale fondamentale”. Egli infatti elabora questa tesi a partire da un'indagine fenomenologica della condizione umana, la quale porta all'evidenza che il fatto originario dell'esserci è quello di trovarsi in un mondo e che questo trovarsi nel mondo avviene in quel modo fondamentale d'essere dell'esserci per cui nell'essere nel mondo ne va del suo stesso essere. La cura è il modo fondamentale dell'essere dell'esserci, e come tale essa determina ogni modo d'essere che segua dalla costituzione d'essere dell'esserci .

Poiché all'esserci appartiene il suo, in linea essenziale, l'essere nel mondo, il suo modo d'essere in rapporto al mondo è essenzialmente prendersi cura (12).

Il tema della 'Cura' come radice primaria dell'essere umano viene affrontato da Heidegger nelle pagine di Essere e tempo, sottolineando come la cura è un modo di essere esistenziale, "prima" di ogni comportamento e di ogni "situazione" dell'Esserci. Ne consegue che il prendersi cura è molto di più di un semplice atto di attenzione o di premura e rientra invece nella dimensione ontologica, strutturale della persona. Heidegger parlando della cura come radice dell'esistenza si rifà ad una favola: la favola-mito della Cura essenziale, conosciuta anche come favola di Igino, uno scrittore latino del primo secolo d.C. La «Cura», mentre stava attraversando un fiume, scorse del fango cretoso; pensierosa, ne raccolse un po' e incominciò a dargli forma. Mentre è intenta a stabilire che cosa avesse fatto, interviene Giove. La «Cura» lo prega di infondere lo spirito a quello che aveva formato. Giove acconsente volentieri. Ma quando la «Cura» pretese di imporre il suo nome a ciò che aveva formato, Giove glielo proibì e pretendeva che fosse imposto il proprio. Mentre la «Cura» e Giove disputavano sul nome, intervenne anche la Terra, reclamando che a ciò che era stato formato fosse imposto il proprio nome, perché gli aveva dato una parte del proprio corpo. I disputanti elessero Saturno a giudice. Il quale comunicò loro la seguente equa decisione: «Tu, Giove, poiché hai dato lo spirito, alla morte riceverai lo spirito; tu, Terra, poiché hai dato il corpo, riceverai il corpo. Ma poiché fu la Cura che per prima diede forma a questo

essere, fintanto che esso vivrà lo possieda la Cura. Poiché però la controversia riguarda il suo nome, si chiami homo poiché è fatto di humus (Terra) (13).

Questa testimonianza assume un particolare significato, non solo perché vede nella 'Cura' ciò a cui l'uomo appartiene 'per tutta la vita', ma perché questo primato della 'Cura' vi risulta connesso alla nota concezione dell'uomo come compositum di corpo (terra) e spirito.

Per Heidegger la cura non è una semplice virtù o un atto singolo, ma è un modo di essere, cioè il modo dell'uomo di essere nel mondo, è il modo in cui la persona stabilisce una relazione con le cose e con gli altri (14).

E' però lacunoso fondare una filosofia del prendersi cura per l'infermieristica limitandosi ad assumere il pensiero heideggeriano; va infatti considerato che quest' ultimo non considera la cura come un'ideale di esistenza ma come un atto vitale, una primarietà ontologica, la preoccupazione che l'essere ha per se stesso; questa attribuzione di significato ha la sua radice nella cultura latina, che concepiva la "cura sui" come preoccupata risposta al sentirsi vincolati al compito di garantire di continuare ad esserci.

Una teoria che intenda sostenere la tesi della cura come pratica che qualifica una professione ha necessità di poggiare anche su un altro piano del discorso, capace di mostrare come la condizione umana, nel "suo obbligarmi all'altro",

attesti la necessità insuperabile della cura per l'altro. Per sviluppare questa tesi è necessario prendere in esame i discorsi che interpretano l'essere come relazionalità e poi considerare la cura come un modo necessario dell'essere con gli altri e quindi come ideale di esistenza.

La relazionalità come dato ontologico primario costituisce un dato fenomenologicamente evidente che la vita non sia un evento in sé poiché essa è sempre intimamente connessa alla vita degli altri. “Ognuno di noi all'inizio della vita è un bambino/a dipendente da quelli che hanno cura di lui/lei e rimaniamo interdipendenti con gli altri in modi fondamentali lungo tutto il corso della vita. La sostanzialità relazionale è assolutamente ineludibile”.

La nostra struttura ontologica è essenzialmente relazionale, nel senso che il nostro esserci diviene attraverso le relazioni con gli altri. Il riconoscere di non poter fare a meno di una carezza o di uno sguardo che ti accoglie non è mero sentimentalismo ma qualcosa di umanamente vitale. Proprio perché il ricevere cura è necessità vitale, aver cura significa stare nell'ordine necessario delle cose. Se dunque la cura è fenomeno ontologico sostanziale dell'essere e se l'essere è relazionale, allora l'aver cura dell'esserci va pensato come un tutt'uno con l'aver cura del con essere e dunque come aver cura degli altri (15).

CAPITOLO 2

Il prendersi cura oggi

2.1 Dal curare al prendersi cura

Nella letteratura riguardante l'assistenza dei malati, si parla da alcuni anni, di realizzare il passaggio dal curare al prendersi cura, due concetti totalmente differenti.

La parola “cura” si riferisce alla rimozione della causa di un disturbo o di una malattia, attraverso tutti quegli interventi finalizzati alla sua risoluzione, laddove sia possibile. La possibilità di curare in questo senso è garantita solo dalla medicina, cioè da quelle modalità terapeutiche efficaci che permettono all'operatore sanitario di curare da un punto di vista esclusivamente tecnico-organicistico.

L'espressione “prendersi cura”, invece, esprime il coinvolgimento personale dell'operatore sanitario con la persona che soffre, facendo riferimento ad una concezione olistica della persona, fatta di bisogni organici, psicologici, relazionali ed emotivi (16). Si tratta di un tipo di cura in cui il significato del malessere (inclusi eventuali sintomi fisici o mentali) è cercato nel contesto esistenziale e nella storia del soggetto, e quindi il trattamento è una risposta ai

bisogni basilari di accoglienza, ascolto, confronto, dialogo, consapevolezza e maturazione.

Nel “prendersi cura” sono quindi compresi non solo la competenza professionale e la preparazione scientifica, ma anche il coinvolgimento personale che porta a focalizzarci nella persona del malato che rappresenta il centro del nostro agire (17). In altre parole una medicina centrata sul paziente, non rinnega la tradizionale medicina che si pone come scopo la diagnosi ed il trattamento di una patologia, ma aggiunge la necessità di confrontarsi, di relazionarsi con il malato che soffre. Del resto la scienza infermieristica si è sempre posta il problema di approfondire il costrutto disciplinare dell'assistenza, del “prendersi cura olistico”. L'assistenza infermieristica definita nel profilo professionale DM 739/94, è implicata nel soddisfare i bisogni di natura tecnica, relazionale ed educativa (18). Le due componenti dell'infermieristica, ossia il prendersi cura, che conduce necessariamente l'operatore in una condizione di relazione, e la dimensione scientifica, devono dunque integrarsi.

Dunque si tratta del passaggio dal ‘fare qualità’ all’‘essere qualità’ attraverso un intervento strategico e integrato che raffigura un vero e proprio atto di amore verso la persona, impegnando le nostre energie nell'aiutare le persone a star bene e sentirsi bene riuscendo così ad aggiungere non solo anni alla vita ma vita agli anni.

2.2 Il cambiamento dell'assistenza

La società odierna sta assistendo a grandi trasformazioni dovute al progresso tecnologico. Il tecnicismo non ha risparmiato la medicina, che, grazie ad esso, ha sviluppato interventi sempre più sofisticati e intelligenti, migliorando sia l'efficacia delle cure sia la qualità di vita degli individui. Se fino al '900 l'ospedale è stato un'istituzione caritatevole, oggi è diventato soprattutto un luogo dove possiamo trovare le più sofisticate attrezzature per la diagnosi e le cure. La sanità è quindi mutata, "si è passati da un approccio essenzialmente clinico ad uno essenzialmente tecnicistico" (19). La tecnica, quindi, se con i suoi perfezionamenti tende a guarire patologie che prima erano incurabili, non è però in grado di risolvere i dubbi del paziente, le sue sofferenze o le sue paure a causa della sempre minore attenzione che se ne ha dal punto di vista umano. Fermarsi al puro tecnicismo risulta essere infatti più semplice e ripetitivo rispetto al creare una relazione con il paziente; esso in quanto essere unico, prevede che, sia il medico che l'infermiere, si mettano in gioco come persone e non come tecnici (20). La stessa azione tecnicamente competente "fatta con cura o senza cura" può avere conseguenze sensibilmente differenti. L'organizzazione sanitaria è pensata per una gestione efficiente delle patologie, non si preoccupa dei bisogni del "prendersi cura" del paziente ma fondamentalmente delle cure con la conseguenza di intensificare la condizione di impotenza in cui si trovano il

paziente e i suoi familiari (21). Mettere al centro della riflessione il tema del prendersi cura dovrebbe contribuire a spostare il baricentro della formazione del personale infermieristico in modo che sia dedicata a promuovere non solo la parte tecnica, ma anche l'umanizzazione delle cure. La professione infermieristica, è per natura, una professione “filosofica”: se il tecnicismo evita il contatto con il corpo che soffre, l’infermiere si trova, invece, a diretto contatto con la sofferenza stessa e con i bisogni più profondi del paziente che necessita di avere delle risposte. Da questo si deduce l’importanza di rivolgere lo sguardo verso un nuovo approccio olistico e cioè quello dettato dalla disciplina del prendersi cura. La vera evoluzione dell’infermiere sta proprio nella differenza che c’è tra un tecnico ed un professionista, ed è la capacità di “giocare” il proprio ruolo in termini relazionali, di “adattare” il proprio intervento alla persona che ha di fronte, di lasciarsi coinvolgere, nella giusta misura, in questa relazione con l’assistito, in modo che questi possa sentirsi veramente al centro della sua attenzione e del suo impegno professionale. Altro aspetto importante di cui tener conto è la perdita d’identità del paziente, che spesso viene identificato e confuso con la sua malattia; l’iperspecializzazione della medicina ha portato a sezionare il corpo ed a ridurlo ad un assemblamento dei vari organi ed apparati. Questo modello che mette al centro la malattia deve virare verso il modello che mette al centro l’uomo e l’ammalato, ma nella sua interezza, non solo in termini di

aspettative di riacquisizione dello stato di salute ma anche di tutela dei sentimenti provati dalla persona (22). Quindi le conoscenze scientifiche, le abilità tecniche e le doti umane devono fondersi. Non ci deve essere divisione tra scienza e soggetto, tra corpo e persona, tra esseri umani e servizi. Questo concetto ci porta alla filosofia dello Human Caring, secondo la quale l'assistenza deve essere incentrata sulla conoscenza sempre più approfondita dell'individuo.

2.3 La teoria dello “Human Caring” di Jean Watson

Lo Human Caring rappresenta una filosofia dell'assistenza che si fonda sulla centralità della persona e che, pur nascendo in ambito infermieristico, si apre a tutte le professioni di aiuto all'individuo.

La teoria dello Human Caring è stata elaborata alla fine degli anni '70 del secolo scorso da Jean Watson (23). Quest'ultima è una teorica dell'infermieristica americana, nata nel 1940 in West Virginia. Nel 1964 consegue il diploma in infermieristica presso l'Università del Colorado, dove ottiene anche il Dottorato di Ricerca nel 1973. È stata libera professionista, ricercatrice, membro della facoltà, autrice di testi riguardanti l'assistenza infermieristica e di recente ha creato il Watson Caring Science Institute.

Il punto di partenza della sua teoria, è la relazione esistente fra il prendersi cura dei pazienti ed il praticare loro assistenza infermieristica; il prendersi cura è definito dalla Watson come paradigma etico e morale per l'infermiere, che si esprime nelle modalità interpersonali e in un approccio di tipo umanistico.

I concetti teorici della Watson fondano le proprie basi sulla cultura umanistica e in particolare sulle opere degli psicologi Carl Rogers, Erik Erikson e Abraham Maslow e del filosofo Martin Heidegger, ribadendo quanto sia importante per gli infermieri appropriarsi di tale cultura per praticare la loro attività in modo etico e professionale. Watson elabora la sua teoria mettendo in risalto come l'origine dell'essere infermiere, ha perso a poco a poco le sue radici dell'essere, per trasformarle in quelle del fare, sostenendo come negli ultimi decenni si stia lasciando da parte l'aspetto umano che caratterizza la figura dell'infermiere.

Ecco perché inizia ad elaborare la sua teoria della cura umana, scrivendo:

“Dato il rischio di disumanizzazione nella cura del paziente a causa della grande ristrutturazione amministrativa della maggior parte dei sistemi sanitari nel mondo, è necessario salvare l'aspetto umano, spirituale e transpersonale in ambito clinico, amministrativo, educativo e di ricerca da parte degli infermieri”(24). Inoltre la Watson sostiene come il progresso tecnologico della medicina contemporanea vede l'infermiere rispondere più alle richieste delle macchine che ai bisogni dei pazienti.

Watson, con la sua teoria, si prefissava di individuare il nucleo fondante dell'infermieristica, ossia l'insieme di valori a cui essa deve riferirsi per la realizzazione di una propria identità e per l'evoluzione continua della disciplina . Inizialmente la teoria spiegava i dieci “fattori del prendersi cura”, successivamente trasformati, in un'opera pubblicata nel 1999, nei dieci “processi di caritas”, definendoli valori fondamentali per l'essere infermiere. Watson distingue i fattori curativi, che mirano a curare il paziente dalla malattia, dai fattori del prendersi cura, che aiutano a preservare, mantenere o raggiungere il massimo grado di benessere possibile, o morire serenamente.

I fattori del prendersi cura sono:

1. Sistema di valori umanistico-altruistico
2. Trasmettere fiducia e speranza.
3. Coltivare la propria e l'altrui sensibilità.
4. Instaurare una relazione di fiducia e di aiuto.
5. Promuovere e accettare l'espressione di sentimenti positivi e negativi.
6. Basare il proprio processo decisionale sul problem solving.
7. Promuovere rapporti interpersonali improntati all'apprendimento/insegnamento

8. Fornire un ambiente di sostegno mentale, fisico e spirituale che protegga e/o corregga.

9. Orientare l'assistenza al soddisfacimento dei bisogni umani.

10. Considerare le forze esistenziali-fenomenologiche (25).

Dai fattori del prendersi cura originano, modellandosi, i processi di caritas (con il cui termine l'autrice intende integrare attraverso il valore di comunanza e benevolenza i punti sopra esposti) che sono:

- Praticare le amorevoli cure con sé stessi e con gli altri, nell'ambito di un contesto di consapevolezza del prendersi cura.
- Essere autenticamente presenti, permettendo e supportando il sistema di profondo credo attivando, sostenendo e rafforzando la fede e la speranza di coloro di cui ci prendiamo cura.
- Coltivare le proprie pratiche spirituali ed il sé interpersonale, superando il limite del proprio ego.
- Sviluppare e sostenere, in uno scambio di aiuto e fiducia, una vera e propria relazione di cura.

- Essere presente e sostenere l'espressione dei sentimenti positivi e negativi come in una connessione con lo spirito più profondo di sé stessi e di coloro di cui ci prendiamo cura.
- Impiegare in modo creativo sé stessi e tutte le proprie conoscenze, quali parti integranti del processo di cura, impegnandosi nell'arte della pratica del prendersi cura verso la guarigione.
- Impegnarsi in vere esperienze di insegnamento e apprendimento che aspirano al raggiungimento dell'interezza, cercando di rimanere nell'ambito della sfera di riferimento dell'altro.
- Creare ambienti di guarigione a tutti i livelli, laddove l'interezza, la bellezza, il benessere, la dignità e la pace siano potenziati.
- Prestare assistenza, con riverenza e rispetto, ai bisogni essenziali con una consapevolezza di cura intenzionale, amministrando "l'essenziale dello Human caring" che potenzia l'allineamento di mente – corpo – spirito, l'interezza in tutti gli aspetti di cura.
- Essere aperti a prestare attenzione alle dimensioni misteriose e sconosciute della vita, sofferenza e morte del singolo; alla cura dell'anima per sé stessi e per coloro di cui ci si prende cura (26).

Dunque senza questi presupposti il prendersi cura rimarrebbe soltanto un concetto sterile, che lascerebbe i pazienti in balia di prestazioni fisiche anche complesse, ma che non darebbero risposte adeguate ai loro bisogni più intimi.

Ultimamente nel mondo infermieristico, si percepisce una sempre maggiore esigenza di umanizzazione delle cure e anche in Italia si sta verificando questo fenomeno. Sebbene il principio di umanizzazione nasce nel mondo anglosassone e americano, nel patto della salute 2014-2016 viene inserito per la prima volta questo tema: “Nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgono aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell’assistenza” (27). Nel corso degli ultimi anni sono stati presentati in Italia diversi progetti che hanno visto coinvolte varie strutture ospedaliere, con lo scopo di orientare l’assistenza infermieristica verso l’umanizzazione, basandosi sul modello di Jane Watson.

È proprio recente l’incontro tra la teorica americana e la presidente Fnopi (Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche) Barbara Mangiacavalli, al Policlinico di Napoli Federico II. La presidente dell’Ordine degli infermieri si è detta perfettamente in linea con il pensiero della Watson affermando come il prendersi cura, supportato dalla giusta competenza tecnica, rappresenti il futuro della professione.

“Ci troviamo in un momento storico che può essere considerato eterno, in un’era di grande sviluppo. Abbiamo bisogno della tecnologia ma bisogna porre anche nuove domande alla tecnologia: dobbiamo essere consapevoli che viviamo in un mondo materialistico e che essere ridotti allo status di oggetto va criticato come qualcosa di anacronistico. Ogni professione che perde i valori diventa una professione senz’anima. Si pensa che non sia possibile misurare il prendersi cura ma possiamo sviluppare degli indicatori della qualità: chiediamo al paziente se ha ricevuto cure amorevoli, se ha stabilito un rapporto di fiducia con i professionisti, se sono stati trattati con dignità, se hanno vissuto un ambiente curativo e se le proprie credenze e i propri valori sono stati rispettati; due di questi elementi sono legati alle performance ospedaliere, ovvero dignità e sensazione di un ambiente che aiuta questa cura” (28).

L’ancoraggio scientifico può diventare un valido strumento se associato al prendersi cura. Quando tocchiamo gli altri tocchiamo noi stessi e questa è un’azione sacra. La nostra professione non è quindi solo un approccio scientifico, è molto di più.

Inoltre la Watson, oltre a porre l’attenzione sul prendersi cura dell’assistito, si sofferma a spiegare quanto sia importante anche la cura “di colui che si prende cura”, ossia l’infermiere.

Il modello riconosce un'attenzione importante al curante in quanto non può esserci benessere per la persona assistita se non c'è anche un benessere emotivo dell'operatore. Là dove esiste un elevato rischio di burn-out per gli operatori, l'organizzazione deve prendersi cura della persona e dell'equipe (29). Non stare bene dal punto di vista emotivo e psicologico, avere un sovraccarico di stress dovuto ai turni di lavoro e alla riduzione del personale, non avere più interesse per il lavoro, può influenzare negativamente la relazione infermiere/assistito.

Una buona relazione deve essere basata sulla reciprocità, su uno scambio tra le due parti. Esistono due tipi di relazione: di scambio e di dono (30). Nella prima abbiamo semplicemente uno scambio, dove uno si serve dell'altro senza nessun coinvolgimento personale. Nella seconda, invece, abbiamo la creazione di un legame affettivo, dove uno si prende cura dell'altro senza scopi personali. L'ideale dell'umanizzazione è quello di avvicinare la cura clinica alla relazione di dono. Affinché si possa instaurare quindi una buona relazione, dove l'infermiere si prende cura del paziente, è fondamentale che sia egli il primo a trovarsi in una condizione di benessere. Non bisogna dimenticare che l'infermiere, come il paziente, è una persona e, come tale, è vulnerabile. “Negare la vulnerabilità degli infermieri è un grave errore, significa privarli della loro componente umana”. Da qui il concetto di “prendersi cura di chi deve curare” (31). L'infermiere necessita di essere riconosciuto nello stesso modo in

cui necessita di essere riconosciuto il paziente; solo in questo modo si potrà creare un rapporto di fiducia e di complicità. L'etica del riconoscimento è proprio alla base del prendersi cura che affonda le sue radici su un terreno che si nutre di altruismo, di impegno e di soddisfazione, di ricevere attraverso il dare.

2.4 Ritorno alle cure fondamentali

Negli ultimi tempi sta crescendo la necessità di riportare l'attenzione sulle 'cure infermieristiche di base'. Questo è emerso nell'ultimo congresso nazionale dell'Aniarti,(14 Novembre 2018 a Bologna) dedicato proprio al 'Ritorno alle basi' in ambito clinico, in cui queste cure hanno da sempre occupato uno spazio quotidiano nell'infermieristica. Ci si sta chiedendo il perché le cure infermieristiche di base stiano sfuggendo di mano, abbiano poco valore, o vengano considerate come l'area di minore coinvolgimento professionale sino a diventare un vero e proprio ambito di 'demansionamento'. In realtà le cure infermieristiche fondamentali rappresentano delle occasioni per prendersi cura dell'altro: assicurano confort e dignità, aiutano ad entrare in relazione con la persona oltre a permettere di raccogliere dati clinici e prendere decisioni.

Definire queste cure come le basi del prendersi cura infermieristico significa affermare che esse costituiscono le fondamenta sulle quali si costruisce ogni

successivo atto di cura, capace di generare, se praticate quotidianamente, cure adeguate, competenti ed efficaci. Le cure fondamentali devono basarsi sul ragionamento clinico perché in base alla loro complessità richiedono livelli diversi di competenza ed intervento tecnico. Alimentare un paziente disfagico è ad elevata complessità e richiede un ragionamento clinico (ad esempio, valutare la disfagia, comprenderne la gravità, scegliere l'intervento). Altri bisogni fondamentali possono invece essere a bassa complessità: la cura del cavo orale in una persona con demenza non richiede obbligatoriamente un intervento diretto degli infermieri ma un interesse affinché sia svolta giornalmente (32).

Il rischio che incorriamo, dedicandoci sempre di meno ad attività di cura fondamentale, è quello di trascurarle fino a trasferirle totalmente ad altre figure perdendone anche la pianificazione e il controllo.

Oggigiorno per esigenze di contenimento dei costi la pratica quotidiana è spesso incentrata su un insieme di compiti da realizzare nel minor tempo possibile, dove trovano poco spazio le cure fondamentali, già di per sé intoccabili. Il rischio è che queste ultime vengano considerate attività poco produttive per i sistemi attuali, quando in realtà esse sono umanamente essenziali ed irrinunciabili. Alcune condizioni che allontanano gli infermieri dalle cure fondamentali sono per esempio i fattori dis-organizzativi, legati al contesto, oltre ad una maggiore considerazione verso le attività percepite come nobili (es. la

somministrazione della terapia); questi sono alcuni elementi causali di questa trasformazione.

Un aspetto importante su cui riflettere è come viene speso il tempo dagli infermieri, tra ambiti che generano valore per i pazienti, per la professione ed per il sistema ed altri che invece tolgono valore (esempio le attività amministrative) non solo agli infermieri ma soprattutto ai pazienti. D'altra parte se gli infermieri non hanno tempo e non si dedicano a queste cure fondamentali, esse rischiano di rimanere un ambito della ricerca poco considerato, privo della dignità che invece viene attribuita ad altre attività. Ci sono poche evidenze sulle cure infermieristiche fondamentali che vengono pertanto spesso considerate espressione di 'buon senso' e non la concretizzazione di un insieme di conoscenze applicate.

In quest'ottica sarebbe importante andare a rivalutare anche i metodi didattici per aiutare gli studenti a comprendere ancora meglio che cosa significa "per l'altro" vivere una dipendenza (acuta o cronica). Purtroppo il valore di queste cure dichiarato nelle aule dai docenti non viene spesso praticato dagli infermieri perché vengono eseguite da altri operatori. Concordare su un quadro di riferimento capace di confermare la centralità della relazione paziente-infermiere e delle cure fondamentali su cui disegnare il piano di studio, i testi,

gli obiettivi formativi e le esperienze di apprendimento costituirebbe un passo importante.

Dunque c'è una necessità di revisione complessiva delle priorità che governano la gestione di un'organizzazione sanitaria. Anne Bishop e John Scudder rilevano quanto sul modo di organizzare la cura sia più influente la logica efficientistica che governa l'organizzazione dei sistemi sanitari di quanto siano i bisogni dei pazienti. “ Gli orari ospedalieri, i requisiti di efficienza e le richieste dei medici strutturano le relazioni con i pazienti; le politiche sanitarie, le routine impongono compiti e standard. La conseguenza è che il prendersi cura è praticato dentro un insieme di relazioni regolamentate che in molti casi difficilmente si adattano al carattere incerto e mutevole delle relazioni che sono centrali nel lavoro infermieristico”. L' agire dell'infermiere è recintato dentro una serie di limiti che rendono difficile trovare il tempo per stabilire un contatto significativo con il paziente fin quando non verrà riconosciuto “il tempo di relazione” come necessario “tempo di cura” tratto anch'esso caratteristico di un buona pratica infermieristica (33).

Se da una parte, per i più “vecchi”, questa nuova tensione sa tanto di ‘ritorno al passato’, quando l’infermieristica era anche questo, dall'altra con uno sguardo più futurista che analizza l'andamento storico e predice il futuro, appare una sorta di rinnovata attenzione alla cultura umanistica. Più praticamente, si tratta

forse di un modo per integrare le diverse dimensioni di cui si compone un' infermieristica 'matura', nella complessa sfida quotidiana di sentirsi responsabili e coinvolti nella cura dei pazienti.

3 CAPITOLO

Lo “Human Caring” nella pratica

3.1 Applicazione dello “Human Caring” attraverso casi studio

"Il miglior modo per comprendere lo Human Caring è viverlo, sperimentarlo su se stessi, con se stessi, con i pazienti e i loro familiari; condividere e confrontarsi, elaborando l'esperienza con altri colleghi. Questo passaggio è fondamentale ed è il motore stesso dell'evoluzione di questa filosofia" (34).

In questo paragrafo per spiegare lo Human caring ho ricercato quali processes vengono studiati e applicati nella pratica assistenziale di tutti i giorni. La letteratura scientifica riporta molti studi di ricerca che sperimentano l'attuazione dei modelli che applicano in tutto o in parte i principi della teoria di Watson ed è stato comprovato il nesso tra la loro attuazione e i risultati conseguiti sugli utenti e sul personale addetto all'assistenza (35). Sono stati riportati tre casi studio in cui vengono approfonditi alcuni caritas processes, con risultati positivi nella pratica assistenziale.

Per comprendere meglio il significato del terzo caritas process “Sviluppare e sostenere, in uno scambio di aiuto e fiducia, una vera e propria relazione di cura” ho voluto riportare uno studio presentato da un'infermiera del The

Villages VA Outpatient Clinic in Florida. Questa clinica ha sviluppato un piano per incorporare la teoria del Caring di Jean Watson tutti i giorni nella pratica clinica. Gli infermieri della struttura sono stati invitati a scegliere uno dei dieci Caritas Processes della nota teorica e a dargli una propria interpretazione; ogni risultato veniva poi presentato all'equipe in ogni incontro mensile e ne veniva fatta una riflessione. Dopo che fu trovata una giusta rappresentazione di ogni singolo processo, questi furono applicati ai pazienti. Donna, l'infermiera del nostro caso di studio, decise di applicare in particolare il Caritas process riguardante il tema dello “sviluppare aiuto, fidarsi, prendersi cura delle relazioni” grazie ad una esperienza avuta, qualche anno prima, con uno dei suoi pazienti quando lavorava in un ambulatorio nell' Illinois. Qui uno dei suoi pazienti era il signor Smith, un uomo anziano, vedovo, solo e con difficoltà nel fidarsi delle persone. Donna provò ad aiutarlo a fidarsi di nuovo, cercando di fargli cambiare idea e di aiutarlo nei rapporti sociali. Il signor Smith, accettando l'aiuto, comincia a visitare la clinica settimanalmente aprendosi pian piano riguardo la sua vita privata, le sue speranze e i sogni infranti. Lui le permise di educarlo riguardo la sua salute ideando un piano di lavoro attraverso il quale era in grado di rimanere conforme al regime che il medico gli suggerì di seguire. Smith vedendo risultati positivi era sempre più motivato a recuperare la sua salute, così un giorno disse alla sua infermiera: “Tu sai che cos'è un supereroe,

Donna? Bene, tu sei il mio supereroe”. Poi le spiegò che altri infermieri avevano provato a motivarlo, ma che non ebbero alcun successo poiché percepì chiaramente che nessuno di loro lo stesse trattando per la persona che era, ma solo per la patologia di cui soffriva. Donna aveva fatto tutto ciò che era in suo potere per assisterlo in ogni aspetto della sua salute e benessere, mostrandogli che teneva veramente alla sua persona. Visti tali risultati Donna spiegò ai suoi colleghi questo: “ conoscerlo e vedere il cambiamento in lui servì a rafforzare la mia convinzione che i pazienti sono più di una semplice somma di problemi medici. Essi necessitano di cure emotive e spirituali individualizzate come quelle fisiche e inoltre meritano un approccio olistico, perché sono esseri umani, non solo diagnosi. Per questo cerco di essere un supereroe per tutti i miei pazienti” (36).

Come si può vedere in questo caso studio, agire in modo affettivamente neutrale non solo non è possibile, ma significherebbe impoverire la relazione terapeutica. Purtroppo molti operatori manifestano ancora dubbi nei confronti di una visione che valorizza la vicinanza emozionale e in molti casi si preferisce pensare a una formazione anaffettiva degli operatori, basando questa opzione teorica sull'ipotesi che per operare correttamente converrebbe tacitare i sentimenti (37). In questo modo però, il risultato ottenuto dai primi infermieri che si sono presi cura del signor Smith, non è stato positivo. Una relazione di cura funziona se

l'infermiere guadagna la fiducia del malato e questo guadagno è conseguente al percepirsi, da parte del malato, oggetto di rispetto e di premura, anche solo con piccoli frammenti di attenzione, sguardi istantanei che durano il tempo sufficiente a fargli capire che abbiamo considerazione per lui (38).

Altri *caritas processes* sono stati analizzati nel seguente studio: l'alta frequenza delle persone con disturbi depressivi e la complessità delle cure, comportano la necessità, per l'infermiere, di sviluppare nuove abilità e competenze nell'approccio globale dei pazienti e della loro famiglia. Questo studio cerca di analizzare, attraverso i fattori di cura di Watson, le esperienze soggettive legate alla trasformazione del corpo e della mente delle persone depresse: sofferenza e dolore, immagine di sé e riconoscimento, mancanza di energia e la perdita di speranza. Le malattie depressive o i disturbi dell'umore sono una delle malattie più frequenti : si stima che tra il 20 e il 25% dei pazienti che vanno dal proprio medico di famiglia o al centro di salute mentale presentano questo tipo di disturbi, una cifra che secondo diversi studi epidemiologici aumenterà gradualmente nei prossimi anni. L'evoluzione dei trattamenti antidepressivi ha permesso di migliorare la prognosi e il decorso della malattia depressiva, ma esiste un consenso generale sul fatto che per trattare la maggior parte dei pazienti depressi ed evitare ricadute, oltre al trattamento farmacologico è

importante stabilire un processo relazionale che consente al paziente di modificare determinati comportamenti o ripensare aspetti importanti della sua vita. Nella depressione, i sintomi fisici sono accompagnati da sensazioni e sentimenti di natura emotiva come l'irrequietezza, la tristezza, lo scoraggiamento, l'insicurezza, l'inadeguatezza e l'apatia, tutte sensazioni che devono essere comprese e accettate nel processo terapeutico. La comprensione e l'accompagnamento delle esperienze delle persone con un processo depressivo è talvolta difficile e complicato per gli infermieri.

Per questo è stato fatto uno studio qualitativo, osservativo e prospettico attraverso un'analisi etnografica di interviste approfondite con pazienti depressi. Il campione studiato è composto da 40 pazienti con diagnosi di depressione secondo i criteri diagnostici del DSM-IV (la diagnosi di psicosi maniaco-depressiva non è inclusa). Le interviste sono state condotte presso il Centro di assistenza primaria per la salute mentale di Tarragonés (Tarragona, Catalogna).

Dallo studio si evince come i pazienti manifestano una sofferenza profonda, solitaria ed esprimono sentimenti di impotenza per comunicare un dolore morale che non corrisponde ad alcuna lesione fisica. Nella narrazione dei pazienti ci sono espressioni come: " La depressione non si vede; il dolore è

profondo, solitario e senti intenso desiderio di morire; è un malattia che se non la passi non puoi capirla”.

Il paziente nota una contraddizione tra il desiderio di morire per la sofferenza vissuta e la consapevolezza che la malattia non è fatale. Alcuni affermano di voler soffrire di qualsiasi altra malattia, a condizione che fosse fisica, poiché pensano che sarebbe più facile per loro comunicare il loro dolore agli altri e di conseguenza potrebbero acquisire una migliore comprensione di ciò che li circonda. Per comprendere questa esperienza di dolore, l'infermiera, adottando la teoria del prendersi cura di Watson, può promuovere due dei dieci punti che caratterizzano gli studi della teorica: in particolare il punto riguardante “il sistema di credenze e speranze” e quello sulla “Sensibilità con se stessi e gli altri”. Si tratta di esplorare con la persona il sistema di credenze profonde che nei momenti di sofferenza e dolore emergono; inoltre per comprendere il mondo dell'altro, l'infermiera deve essere sensibile all'ascolto della storia dell'esperienza depressiva e per questo sarà utile l'analisi etnografica. Lo sforzo di comprendere il mondo dell'altro secondo la propria prospettiva, è il modo in cui, nonostante la sofferenza, la persona si sente compresa e accettata e può portarla a cercare un nuovo significato della situazione vissuta. È importante identificare nel processo depressivo i momenti di massima vulnerabilità, che di solito coincidono con l'inizio del trattamento farmacologico con antidepressivi.

La persona depressa esprime una grande estraneità ai propri sentimenti, pensieri e un'acomunicazione con l'ambiente che genera nella persona un sentimento complesso misto di paura e indifferenza.

Nel processo di ricostruzione dell'identità perduta è utile applicare il process "Promuovere e accettare l'espressione di sentimenti positivi e negativi". L'infermiera che è coinvolta in questo processo di aiuto con la persona depressa deve focalizzare la propria attenzione sugli aspetti non razionali dei propri pensieri e sentimenti. Il fatto di consentire di esprimere sentimenti negativi e positivi senza essere difensivi e di provare ad ascoltare aiuta la persona a canalizzare il proprio carico emotivo e liberare la mente e, successivamente, consentirà loro di prendere decisioni per migliorare la propria salute. Numerose indagini hanno dimostrato che il pensiero, il processo decisionale e il comportamento sono influenzati da un fattore razionale e da un altro fattore "quasi" razionale che è affettivo dove le emozioni costituiscono il principale sistema di motivazione degli esseri umani. Questo fattore che tiene conto delle emozioni, è una parte essenziale per il ruolo terapeutico dell'infermiera. Il fatto che la persona sia consapevole dei propri sentimenti negativi e positivi aiuterà ad accantonare la parte irrazionale, facilitando il controllo di pensieri e comportamenti. Non possiamo dimenticare che nel

processo depressivo esiste un'identità negativa che influenza tutto ciò che fai, dici, senti o pensi.

La depressione genera una mancanza di energia a tutti i livelli che influenza l'integrità e la globalità della persona e si manifesta nella difficoltà di svolgere tutte le attività della vita quotidiana. Per aiutare a ricostruire l'integrità perduta, è importante considerare nel processo terapeutico il *caritas process* al punto 8: “Creare un ambiente di supporto, protezione e confort fisici e mentali.” L'infermiera deve ascoltare, accettare e comprendere le difficoltà poste dal paziente e aiutarlo a soddisfare i bisogni di base con sicurezza e comfort. È essenziale che l'infermiere valuti i bisogni importanti per il paziente e in questi casi, la necessità di autostima e riconoscimento familiare e sociale sembra avvertita, a volte non espressa.

È importante considerare che lo stato emotivo di una persona migliora in un ambiente piacevole, legato alla qualità della vita e al buon umore. L'intervento appropriato dell'ambiente familiare consente di promuovere un alto livello di autostima e dignità che contribuisce al suo sviluppo e alla sua crescita. Questo aspetto coinciderebbe con altri studi in cui il buon clima familiare è correlato a un'evoluzione positiva della condizione depressiva e come elemento protettivo per evitare possibili ricadute.

Il benessere mentale della persona depressa è alterato, se la persona o il suo ambiente, continuano a insistere sulla necessità di svolgere le attività che minano il suo processo di pensiero. Pertanto, il ruolo terapeutico dell'infermiera sarà sia la comprensione delle difficoltà sia l'aiuto nel modificare l'approccio a determinate situazioni con processi di pensiero non adattativi.

Si può concludere affermando come oltre al trattamento farmacologico, anche la storia dell'esperienza depressiva è uno strumento terapeutico che contribuisce al processo di guarigione. Gli infermieri dovrebbero essere consapevoli del valore terapeutico della storia, a tal fine è utile l'analisi etnografica. I fattori di cura di Watson ci offrono un quadro concettuale che ci consente di affrontare la comprensione dell'esperienza depressiva e di eseguire cure tecniche e umane che rendono più facile apportare cambiamenti positivi. Le crisi depressive, sebbene dolorose, possono essere un'opportunità di crescita e sviluppo per la persona, la famiglia e l'infermiera che accompagna il processo. Si sostiene che nella malattia depressiva non sia possibile controllare il corpo senza controllare la mente e per questo, oltre al trattamento psicofarmacologico, l'analisi soggettiva dell'esperienza della persona e l'applicazione dei fattori di cura nel processo terapeutico possono aiutare il paziente (39).

Il terzo studio parla dell'applicazione della teoria di Jean Watson per l'assistenza ai pazienti che hanno affrontato un intervento al cuore. La

significativa presenza di malattie cardiovascolari nella popolazione, il progresso tecnologico verso il suo trattamento e la complessità delle cure richieste dalle persone sottoposte a cardiocirurgia richiedono cure infermieristiche immediate e accurate. Affinché gli infermieri perioperatori forniscano assistenza pianificata e personalizzata, devono comprendere il paziente in tutte le fasi del processo. Nel periodo postoperatorio immediato i pazienti sottoposti a cardiocirurgia vengono indirizzati a un'unità di terapia intensiva (ICU) dove l'assistenza infermieristica è complessa e immediata a causa dell'instabilità clinica ed emodinamica del paziente (40). Di conseguenza, la domanda guida proposta per questa indagine era: in che modo la teoria di Watson contribuisce alle cure infermieristiche per i pazienti cardiaci nel periodo postoperatorio di cardiocirurgia? Per rispondere a questa domanda, l'obiettivo scelto era quello di conoscere il contributo della teoria di Watson alle cure infermieristiche per i pazienti cardiaci nel periodo postoperatorio di cardiocirurgia. Questo studio ha un approccio qualitativo ed è stato condotto da giugno ad agosto del 2013 con dieci persone con malattie cardiache, ricoverate in terapia intensiva in un ospedale specializzato nella diagnosi e nel trattamento di malattie cardiache e polmonari, nel comune di Fortaleza, Ceará, in Brasile. I dati sono stati raccolti attraverso interviste semi-strutturate basate sui dieci elementi del processo di Caritas, con domande per ciascun elemento per sollecitare la cura in base al

contesto affrontato. Il lavoro sul campo si è svolto in due momenti prioritari per stabilire una relazione di cura transpersonale: il primo incontro, in terapia intensiva durante l'immediato periodo postoperatorio, è durato circa 40 minuti e il secondo incontro è durato circa 60 minuti, il che era sufficiente per stabilire la relazione transpersonale. Il ricercatore ha ascoltato la persona indagata, lo ha incoraggiato a esprimere i propri sentimenti, emozioni, sensazioni, reazioni, rischi, difficoltà in relazione al ricovero in terapia intensiva e nel reparto di degenza.

Il gruppo preso in esame consisteva di dieci investigati, e di un team di infermieri che si prendeva cura di loro, cercando di analizzare i seguenti processi di Caritas:

1. Consapevolezza di essere curati da un altro essere
2. Sistema di credenze e soggettività
3. Relazione di aiuto-fiducia
4. Espressione dei sentimenti.

1. Durante la permanenza in terapia intensiva postoperatoria, gli investigati hanno consegnato i loro corpi alla cura degli altri, che devono rispettare questo momento e capire che l'assistenza fornita produce cambiamenti nel professionista e nel ricevente di queste cure.

Così uno dei pazienti riferisce: “non ho mai pensato di avere qualcuno che si prendesse cura del mio corpo, preoccupandomi della mia vita”.

Un altro fatto rivelato da un altro paziente durante lo studio è stato l'imbarazzo di aver violato la loro intimità da parte del personale infermieristico durante le cure igieniche: “è brutto dover mostrare la tua intimità, a volte mi sento male. Il periodo postoperatorio di cardiocirurgia è stato percepito come un momento che ha innescato una serie di sentimenti per la persona ricoverata, rafforzando la necessità di fornire cure infermieristiche specializzate e personalizzate.

La guida fornita dagli infermieri può ridurre e neutralizzare i sentimenti negativi derivanti dalla procedura chirurgica e consentire agli individui di prepararsi fisicamente ed emotivamente per le procedure nel periodo postoperatorio (41) . È quindi importante che gli infermieri siano presenti e disposti ad ascoltare, comprendendo in modo olistico il paziente.

2. Speranza e fede in un piano spirituale sono state osservate dopo la procedura chirurgica. La credenza di un potere superiore offre una nuova possibilità, non solo nel regno fisico, ma anche nel regno spirituale.

“Grazie a Dio sono qui, se non fosse stato per Lui, non so nemmeno che ne sarebbe di me”, come viene riferito da un paziente.

Il secondo processo Caritas affronta la necessità di essere autenticamente presenti e di rafforzare e sostenere il sistema di credenze e la soggettività dell'altro. Il mantenimento della fede e il rispetto per la convinzione degli altri sono elementi essenziali nell'atto di connessione.

3. la relazione stabilita tra l'essere che fornisce assistenza e l'essere che la riceve, dipende dall'intenzionalità degli esseri coinvolti, poiché la cura transpersonale richiede un approccio autentico. Gli infermieri devono agire senza giudicare e rimanere sinceramente presenti, presentandosi come sono e cioè trasparenti e senza nulla da nascondere. Dopo l'intervento chirurgico, durante il periodo di permanenza in terapia intensiva postoperatoria, il rapporto aiuto-fiducia si è intensificato. Un paziente riferisce: “mi fido davvero di loro, sono molto capaci, hanno esperienza e sono preoccupati per noi.”

Tra le azioni infermieristiche, l'ascolto e il parlare sono stati considerati aspetti unici dell'assistenza fornita, sia come espressione di affetto che come obbligo professionale.

Ma uno dei pazienti percepisce questo: “ci sono alcuni [infermieri] che vengono qui per parlare, per chiederci come stiamo, ma ci sono alcuni a cui non importa molto di noi, curano la ferita, guardano il monitor quando emette un segnale acustico e basta”.

Un altro elemento identificato da coloro che sono stati indagati come generatori di fiducia ed attenzione era la puntuale somministrazione di farmaci: “ti danno la tua medicina in tempo, e le cose funzionano bene qui”.

Tuttavia, si sono registrati anche casi negativi in alcuni indagati, che hanno affermato che il personale infermieristico è stato disimpegnato durante le procedure e, anche se negligente, non si è preoccupato di usare una tecnica asettica o di causare il minor danno possibile al soggetto: “vengono a fare cose con il telefono all'orecchio, prendono cose senza guanti e non si lavano nemmeno le mani.”

Queste affermazioni confermano agli infermieri che i loro pazienti sono esseri bisognosi di cure, e ogni movimento, tocco, sguardo e gesto fanno parte di quella cura. L'incontro con un paziente non è mai neutrale. Gli infermieri devono riconoscere che la loro presenza è importante quanto la procedura tecnica che stanno eseguendo (42). Le relazioni devono essere avviate in modo genuino, poiché la mancanza di autenticità nelle relazioni ostacola la costruzione di un legame e rende superficiale qualsiasi assistenza poiché la rilevazione di bisogni di cura reali è compromessa.

4. Il quarto processo Caritas consente agli infermieri di costruire questa relazione di fiducia con i pazienti e di soddisfare i loro bisogni reali,

permettendo così alla persona con malattie cardiache di ripristinare la propria vita, anche con una condizione avversa. I soggetti indagati manifestano una serie di sentimenti positivi o negativi che devono essere identificati dagli infermieri in modo che possano incoraggiarli ad esprimerli. I sentimenti positivi sono espressi nelle seguenti affermazioni da alcuni pazienti:

“Sono qui vivo, è molto, so che andrà tutto bene, tra un paio di giorni sarò a casa a prendermi cura dei miei figli. Sto bene.”

“Dopo essermi svegliato, ero felice, sai, sono vivo! Ora devo solo uscire di qui.”

La felicità che esprimono quando si rendono conto di essere vivi dopo l'intervento chirurgico dà agli investigati la speranza per un futuro migliore.

I sentimenti negativi, tuttavia, erano anche espressi nelle dichiarazioni nel periodo postoperatorio. I soggetti avvertono insicurezza riguardo alle dimissioni dall'ICU e al loro ritorno a casa, la loro paura di non essere in grado di fare le stesse cose che hanno fatto prima della loro malattia e le incertezze riguardo al recupero. Le persone indagate hanno paura di uscire dalla terapia intensiva per andare al reparto poiché, secondo loro, qui ci sono meno lavoratori e una dinamica di assistenza diversa rispetto a quella in terapia intensiva, esponendoli a condizioni avverse e al rischio di non ottenere le cure necessarie. Questa

paura è anche legata alle incertezze riguardo al loro ritorno al lavoro e alla possibilità di disabilità, costringendole a dipendere dall'aiuto di altri per svolgere attività che precedentemente erano di loro responsabilità.

Sembra che i sentimenti di ansia, insicurezza e paura siano rilevanti e debbano essere affrontati nel periodo postoperatorio della chirurgia cardiaca (43). Per questo nel quarto caritas process è essenziale che gli operatori sanitari diventino ascoltatori, aprendosi e mettendosi in stretta vicinanza con i pazienti in modo da incoraggiarli ad esprimere i propri sentimenti in maniera più naturale.

Una volta che gli infermieri identificano i sentimenti negativi, devono essere abbastanza sensibili da identificare il momento in cui questi sentimenti sono inattesi, anormali o iniziano a mettere a repentaglio il benessere dei soggetti, ostacolandone il recupero. Affinché gli infermieri possano identificare queste situazioni, devono dare priorità alla comunicazione e cambiare il loro atteggiamento: dall'ascolto, osservazione, comprensione, individuazione dei bisogni e pianificazione dell'azione. Ascoltare non è semplicemente sentire, richiede silenzio e gesti che esprimono accettazione e incoraggiano l'espressione dei sentimenti (44). Gli infermieri devono essere consapevoli della realtà in cui lavorano per contribuire efficacemente alle cure e collaborare al recupero della salute, accelerando così le dimissioni ospedaliere.

I risultati di questa indagine hanno gettato luce preziosa su come le azioni degli infermieri che utilizzano il processo di Caritas clinica proposto da Jean Watson possano identificare meglio le esigenze di assistenza e pianificare, implementare e costruire relazioni transpersonali tra i pazienti e infermieri. Pertanto, gli infermieri dovrebbero rivedere il loro modo di essere presenti con gli altri e usare l'assistenza transpersonale per creare una relazione di fiducia. Questi risultati possono migliorare la pratica infermieristica e offrire opportunità di avanzamenti scientifici per l'infermieristica. Il numero di partecipanti è riconosciuto come una limitazione di questo studio; tuttavia, ciò non lo rende meno rilevante poiché utilizzando il processo di Caritas clinica di Watson nelle cure postoperatorie dei pazienti cardiaci in terapia intensiva, gli infermieri possono capire l'importanza dell'assistenza transpersonale per l'espansione delle loro azioni e creare un ambiente favorevole per migliorare la qualità della vita dei soggetti coinvolti (45).

3.2 Punti di contatto tra lo “Human Caring” ed il Primary Nursing

Come si evince da quanto detto sopra, le ricerche della Watson si basano su di una struttura che pone in evidenza l'importanza del paziente e della sua persona. Anche nella nostra pratica quotidiana applichiamo spesso senza rendercene conto i principi della studiosa; uno dei più applicati in assoluto è quello che pone l'attenzione sul tema del problem solving applicato all'assistenza del paziente. Il problem solving infermieristico non è un momento isolato, ma uno strumento che si inserisce nel processo di nursing che è formato da sei fasi: valutazione iniziale, diagnosi, identificazione dei risultati, pianificazione, attuazione e rivalutazione continua (46). Questo approccio vede l'infermiere impegnarsi, non in maniera meccanica altresì mettendo insieme tutti quei processi atti ad analizzare, affrontare e risolvere positivamente tutte le situazioni problematiche che il suo assistito si trova a sostenere all'interno di una struttura ospedaliera dal momento in cui inizia un percorso di cura. Tutto ciò non è infatti per nulla scontato, poiché all'infermiere non si chiede solo di applicare freddamente le procedure standard in base al caso specifico, ma ora deve partecipare in maniera attiva e soprattutto creativa nella risoluzione del caso. Questo comporta non solo una maggiore attenzione ed assistenza al paziente ma ha anche il doppio beneficio di contribuire alla scoperta delle capacità personali dell'infermiere in questione.

Come si può comprendere quindi nel sesto *caritas process* della Watson, l'infermiere ora deve impiegare in modo creativo se stesso e tutte le proprie conoscenze, rendendole parte integrante del processo di cura. Il caso più evidente di applicazione delle suddette pratiche di *problem solving* le ritroviamo nella figura del *Primary nurse*.

Il *Primary nursing* è un modello organizzativo che vede l'assistenza infermieristica come pratica professionale centrata sull'ammalato, in cui una specifica persona è soggetta alla guida continua di un *Primary nurse*, dal momento del ricovero fino alla dimissione. Questo modello offre agli infermieri l'opportunità di sviluppare un ruolo professionale in cui le loro capacità relazionali e tecnico-scientifiche sono egualmente valorizzate e incoraggiate (47). Questa modalità di organizzare l'assistenza al paziente si propone come alternativa al metodo di assistenza tecnico (attualmente è il più diffuso in Italia) ed è particolarmente vocato a porre il proprio focus nella continuità dell'assistenza e nell'accettazione delle responsabilità. Qui l'infermiere progetta ogni volta in maniera differente e personalizzata il percorso di cura del paziente, plasmandolo non solo in base al quadro clinico in esame ma anche e soprattutto facendo attenzione allo stato psicologico e spirituale del paziente. Esso infatti rappresenta un approccio logico per assistere i pazienti nello stesso modo in cui noi vorremmo essere curati, se fossimo malati. Il centro dell'attenzione sui

bisogni dei pazienti “umanizza” il processo di cura, realizzando pienamente l’obiettivo di mettere al centro la persona condividendo scopi e risultati. Lo l’human caring in questo modo permea ogni strato dell’assistenza sanitaria moderna ed essendo ormai presente quasi in ogni branca della materia infermieristica vede sempre maggiori possibilità ed ambiti di applicazione con risultati incoraggianti nei processi di cura dei pazienti di oggi e di domani.

CONCLUSIONI

Allo stato attuale, i concetti di ‘umanizzazione’ e ‘personalizzazione’ assumono principalmente, nel linguaggio sanitario, una valenza socio-organizzativa: ad essi si è soliti fare riferimento per indicare la necessità di superare i limiti e le disfunzioni della dimensione tecnicistica, integrandola con quella umana. Noi siamo talmente assuefatti al predominio della tecnica che anche in campo sanitario, la scelta di questa impostazione non è certo indolore. Sia il personale sanitario che i pazienti vengono infatti privati della loro umanità : è il cosiddetto paragone del televisore guasto. Nell’impostazione tecnicistica, il corpo del paziente diventa proprio come un elettrodomestico da riparare, mentre l’infermiere, a sua volta, diventa come l’elettrotecnico. Il problema è che, se l’infermiere si lascia trasportare solo da questo ruolo, verrà giudicato proprio come il cattivo tecnico della tv. Quindi o è in grado di ripararla, o non è in grado. Naturalmente, il paragone è un po' esagerato perché l’infermiere non dovrebbe essere un tecnico, e il paziente non è un apparecchio guasto. Ma ho voluto sollevare questo tema perché nel mio percorso universitario, durante i mesi di tirocinio, ho notato carenti momenti di umanizzazione: presi dalla frenesia, dall’assuefazione tecnologica e dalla fatica quotidiana il tempo per entrare in contatto con l’altro è poco o assente. Per questo ho voluto affrontare questo tema. La malattia come processo biologico sta dentro al paziente e ne fa

appunto un malato; la malattia come problema complesso sta invece fuori di lui e coinvolge a macchia d'olio tutto il suo mondo, tutta la sua realtà. È importante che il paziente venga aiutato a situare e a mantenere la malattia intesa come problema AL DI FUORI DI LUI e non sia invece spinto a diventare tutt'uno con il processo patologico che è DENTRO di lui. La professione infermieristica è dunque a tutti gli effetti 'filosofica' perché l'incontro con la sofferenza dell'altro rinvia ognuno a quello che è. È una professione che scuote nel profondo. Questo confronto con se stessi non è astratto ma concreto e molto semplice: di fronte alla sofferenza altrui, sorge quasi spontanea l'identificazione col paziente: "E se al suo posto ci fossi io?" Nella nostra società a misura dei sani, in cui la giovinezza, il successo e la forma fisica sono costantemente valorizzati, malattia vuol dire esclusione, solitudine dei malati. Il Caring è quindi una grande sfida, si tratta di cambiare la cultura, la mentalità, e per questo la riflessione filosofica è indispensabile. È emerso che il caring e in generale l'approccio umanizzato alla cura è in realtà «più di un patrimonio da non perdere e da affinare, che di una innovazione da scoprire». Durante le mie ricerche mi sono soffermata sullo Human Caring capendo come i principi della Watson applicati ai pazienti sono ciò che manca per prendersi cura di loro. Forse quello che si rende necessario, affinché i sistemi sanitari diventino veramente luoghi di cura, è una vera e propria cultura della cura che si realizza prevedendo una formazione specifica al

caring e non solo per il personale infermieristico ma per tutti gli operatori. Così forse è possibile sensibilizzare ancora di più il tema del “to care”, che in passato era quasi esclusivo e oggi invece è messo in secondo piano. Ma cosa lega il presente al passato ? Quali legami oggi tra una disciplina infermieristica così articolata e sofisticata e l’assistere dell’uomo? Una particella “ri”. Assistere è l’infinita pazienza di ricominciare. Ogni giorno, ripartire da capo. Ma non per giorni che siano fotocopia di altri giorni, non giorni del passato ma giorni del presente e del futuro. E utilizzare gli ostacoli per aprire le finestre dell’intelligenza, contro ogni abitudine. Le parole più caratteristiche dell’assistere infermieristico cominciano tutte con il prefisso “ri”, due sole lettere per dire “da capo”, “ancora”, “di nuovo”, “un’altra volta”. Sono le parole ricominciare, riabilitare, risollevare, rinascita, rifocillare, rinnovare, rimanere etc. E’ quella piccola sillaba “ri” che dice che nulla è già fatto e visto, che c’è un sogno nuovo, pur nella quotidianità del tempo. Quindi cominciamo a smantellare gli ostacoli ideologici, tempistici, gestionali, formativi e ri-cominciamo ad essere “supereroi” per avere risultati sempre migliori.

FONTI BIBLIOGRAFICHE

1. <https://www.nurse24.it/infermiere/teorie/teorie-del-nursing.html>
(consultato il 20/08/2019)
2. Zanotti R. *Filosofia e teoria della moderna concettualità del nursing professionale*. Piccin, Padova, 2010, pp. 3-7
3. Guidetti L., Matteucci G. *Le grammatiche del pensiero*. Zanichelli, Volume 1, Bologna 2018
4. Sironi C. *Storia dell'assistenza infermieristica*. Carocci , Giugno 1991
5. <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/la-professione-infermieristica.html> (consultato il 22/08/2019)
6. Zanotti R. *Filosofia e teoria della moderna concettualità del nursing professionale*. Piccin, Padova, 2010, pp.11-14
7. Paleari A. *Florence Nightingale, la borghese che seppe inventare le infermiere*. Corriere della sera-salute, Milano, 12 Febbraio 2015
8. Ministero della Salute. *L'audit clinico*. Maggio 2011
9. Sironi C. *Storia dell'assistenza infermieristica*. Carocci, Giugno 1991
10. Manzoni E. *L'infermiere, dal passato al presente*. Opi Grosseto, 12 Maggio 2017

11. Mortari L. *La pratica dell'aver cura*. Bruno Mondadori, Udine, 2006, p. 31
12. Mortari L. *La pratica dell'aver cura*. Bruno Mondadori, Udine, 2006, pp.1-2
13. Viafora C., Renzo Z., Enrico F. *L'etica della cura tra sentimenti e ragioni*. Franco Angeli, Milano, 2007, p.65
14. Castelluzzo S. *Martin Heidegger, l'esserci come con-essere e "la cura"*. Synesis, v. 8, n. 1, Giugno 2016
15. Mortari L, Saiani L. *Gesti e Pensieri di cura*. McGraw-Hill, Milano, 2013, pp.8-9
16. Morsello B., Cilona C. et al. *Medicina narrativa, temi esperienze e riflessioni*. Roma tre-press, Roma, Settembre, 2017, p.25
17. <http://anzianievita.it/salute-e-benessere/dal-curare-a-prendersi-cura/>(consultato il 25/08/2019)
18. Decreto Ministeriale del 14 settembre 1994, n 739, Profilo professionale dell'infermiere, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 9 gennaio 1995, n.6.
19. <http://www.ipasvitrieste.it/data/user/downloads/PresentazionePerLaPlenaria.pdf> (consultato il 26/08/2019)

20. <https://www.nurse24.it/infermiere/human-caring-assistenza-infermieristica-riparte-umano.html> (consultato il 10/09/2019)
21. Mortari L, Saiani L. *Gesti e Pensieri di cura*. McGraw-Hill, Milano, 2013, p. 13
22. <https://www.nursenews.eu/2019/06/08/infermierila-relazione-fa-parte-del-processo-di-cura-non-va-trascurata-2/> (consultato il 15 /09/2019)
23. Galletti C., Cristofori E. et al. *Lo human caring attraverso le narrazioni autobiografiche di studenti infermieri*. Rivista l'infermiere n 5, FNOPI, 2014
24. Lapia L., Signoriello G. et al. *Lo Human Caring nella realtà sanitaria napoletana: risultati di un'indagine conoscitiva sul personale infermieristico attraverso l'uso della scala di valutazione delle cure*. Rivista l'infermiere n 5, FNOPI, 2017, pp. 50-53
25. Watson caring science institute. *Core Concepts of Jean Watson's Theory of Human Caring/Caring Science*, 2010
26. Watson J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* .(rev. ed.), University Press of Colorado, 2008
27. Ministero della salute. Patto della Salute 2014-2015
28. <https://www.nursetimes.org/jean-watson-teorica-dello-human-caring-al-workshop-di-napoli/56409>(consultato il 18/09/2019)

29. Brunetti P., Pellegrini W., et al. *Il modello assistenziale dello Human caring: risultati di uno studio pre e post intervento con un gruppo di controllo*. Professioni infermieristiche, Vol.68, n 1, 2015
30. <https://www.ipasvtrieste.it/data/user/downloads/PresentazionePerLaPlenaria.pdf> (consultato il 20/09/2019)
31. Marie de Hennezel. *Prendersi cura degli altri*. Edizioni Lindau, Torino, 2008, p. 89
32. Palese A., Mattiussi E., et al. *Il Movimento 'Back to the Basics': un ritorno al passato o indicatore di un'infermieristica 'matura'?* Assistenza infermieristica e ricerca, Ric 2019; 38: 49-52
33. Mortari L, Saiani L. *Gesti e Pensieri di cura*. McGraw-Hill, Milano, 2013, p.46
34. Pellegrini W. *Le radici del futuro: Human Caring. Passaggio attraverso il cuore. Il senso della scienza infermieristica*. Edizioni medico-scientifiche, 2010
35. <http://brescia.ipasvibs.it/images/pdf/13.05.17/Lo%20Human%20Caring%20e%20gli%20studi%20documenti%20in%20letteratura.pdf> (consultato il 19/09/2019)
36. Donna M. *Incorporating caritas processes into practice*. AACN Viewpoint, May/Jun 2011

- 37.Mortari L, Saiani L. *Gesti e Pensieri di cura*. McGraw-Hill, Milano,2013,p.36
- 38.Mortari L, Saiani L. *Gesti e Pensieri di cura*. McGraw-Hill, Milano, 2013,p.30
- 39.Ferré-Grau C., Rodero Sanchez V. et al. *The expression of the depressive experience: the application of Jean Watson caring factors*. Index de Enfermeria (INDEX ENFERM), 2008; 17(1): 22-24. (3p)
- 40.Dessotte CAM., Rodrigues HF.,et al. *Gli stress percepiti dai pazienti nell'immediato postoperatorio della chirurgia cardiaca*. RevBrasEnferm, 2016, 69 (4): 694-703.
- 41.Coppetti LC., Stumm, EMF. et al. *Considerações de pacientes no periodoperatório de cirurgia cardiac referentes à orientação es recebidas do enfermeiro*. Rev Min Enferm, 2015 [citado 2014 fev 10], 19 (1): 113-9
- 42.Silva MAS., Pimenta CAM., et al. *Valutazione del dolore e allenamento: l'impatto sul controllo del dolore dopo la cardiocirurgia*. RevEscEnferm USP. 2013 [citato il 10 febbraio 2014]; 47 (1): 84-92
- 43.Costa TMN., Sampaio CEP. *Come gli orientamenti di enfermagem e la sua influenza nosve di risposta di pacientes cirúrgicos hospitalares*. RevEnferm UERJ, 2015, [citado 2014 fev 10], 3 (2): 260-5

44. Mafetoni RR, Higa R, Bellini NR. *Comunicazione enfermeiro-paciente no pré-operatório: revisão integrativa*. Rev Rene, 2011 [citado 2014 fev 10], 12 (4): 859-65.
45. Rabelo A., Souza F., et al. *Contributo dell'assistenza transpersonale ai pazienti cardiaci nel periodo postoperatorio di cardiocirurgia*. Universidade Estadual do Ceará (UECE), Revista Gaucha de Enfermagem (REV GAUCHA ENFERMAGEM), 2017; 38(4): 1-9. (9p)
46. Hinkle J.L., Cheever K.H., *Brunner-Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica*. Casa editrice ambrosiana, quinta Edizione, Gennaio 2017, Volume 1, p.41
47. Wessel S., Manthey M. *Primary Nursing. Assistenza infermieristica centrata sulla relazione con la persona assistita*. Casa editrice ambrosiana, Novembre 2018, p.14