



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE
NELLE CURE PALLIATIVE: "IL
TEMPO DI RELAZIONE È TEMPO
DI CURA". UNA REVISIONE
DELLA LETTERATURA.**

Relatore: Chiar.mo
Dott.ssa Paola Cannella

Tesi di Laurea di:
Ilaria Fedele

Correlatore: Chiar.mo
Dott.ssa Tiziana Traini

A.A. 2019/2020

A te mamma, che mi insegni ogni giorno ad affrontare la vita.

A tutti quelli che sorridono con gli occhi e con il cuore.

A chi aiutando gli altri aiuta anche se stesso.

INDICE

1. INTRODUZIONE	1
1.1. QUADRO TEORICO.....	2
1.1.1. La morte nella cultura occidentale.....	2
1.1.2. L'accanimento Terapeutico	3
1.1.3. Disposizioni anticipate di trattamento	5
1.1.4. Il paziente terminale.....	6
1.1.5. Segni e sintomi del paziente terminale	6
1.1.6. Le cure palliative	8
1.1.7. Unità Cure Palliative Domiciliari.....	9
1.1.8. Hospice	10
1.1.9. Hospice in Italia	10
1.1.10. Hospice nelle Marche.....	11
1.1.11. La relazione terapeutica.....	12
1.1.12. Il nuovo codice deontologico	14
2. OBIETTIVO	18
3. MATERIALI E METODI.....	19
4. RISULTATI	22
5. DISCUSSIONI	29
6. CONCLUSIONI	30
BIBLIOGRAFIA	32
SITOGRAFIA	34
RINGRAZIAMENTI	37

1. INTRODUZIONE

Lo studio nasce dalla rilevanza delle relazioni terapeutiche che si sono instaurate con i degenti durante il tirocinio clinico svolto nelle varie Unità Operative dell'ASUR Area Vasta 5 dello Stabilimento Ospedaliero "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno.

“Una comunicazione efficace rappresenta un tassello indispensabile per la costruzione di un adeguato rapporto tra l'infermiere e l'utente. Coloro che guardano alla qualità della comunicazione come un aspetto prioritario sono in grado di soddisfare i bisogni informativi e di gettare le basi per lo sviluppo di un rapporto di reciproca fiducia al fine di instaurare una relazione terapeutica dai risvolti positivi per entrambe le parti. Una buona relazione terapeutica può aumentare la soddisfazione dell'utente per le cure ricevute” (Cavallo 2013). E' necessario ricordare infatti che il ruolo dell'infermiere si esplica tramite tecnica, educazione e anche relazione (D.M. 14 settembre 739/94). In particolare, si è scelto di focalizzare l'attenzione sull'importanza delle relazioni che nascono nei contesti delle cure palliative, un mondo che per gli studenti della facoltà di Infermieristica è poco conosciuto e non sempre ben approfondito durante il tirocinio clinico.

La metodologia di ricerca ha avuto inizio con la formulazione del quesito clinico utilizzando il metodo PICO.

P (patient) pazienti in fase terminale

I (intervention) instaurare una relazione terapeutica

C (compraison) //

O (outcomes) migliorare la qualità di vita del paziente

Il quesito di ricerca è il seguente: Instaurare una relazione terapeutica tra infermiere e assistito, aiuta la persona ad affrontare la fase terminale della vita?

1.1. QUADRO TEORICO

1.1.1. La morte nella cultura occidentale

« *La più antica e potente emozione umana è la paura, e la paura più antica e potente è la paura dell'ignoto* » (H. P. Lovecraft, *Supernatural Horror in Literature*).

L'Occidente è la porzione geografica che detiene il primato della tecnologia, economia e politica. Nonostante ciò la paura della morte rimane una reale problematica nelle società postindustriali, a differenza di altre civiltà meno abbienti, che sono riuscite ad accettare l'idea della morte come evento naturale. L'uomo affronta la tematica della morte nella filosofia, nella biologia, nella chimica, nell'arte e nella letteratura, ma nonostante ciò non riesce a comprenderne il senso. Persino il metodo scientifico, attraverso il quale l'uomo sottopone i fenomeni ad un'accurata comprovazione logica, risulta limitato; vengono a mancare infatti la dimensione della sperimentazione e dell'esperienza diretta, elementi senza i quali risulta inattuabile il metodo stesso. La natura della morte pare quindi vada oltre a qualsiasi possibilità di cognizione umana.

Nell'Occidente tecnologicamente avanzato la morte è un tabù: a partire dall'infanzia ai bambini non si menziona mai questa fase fisiologica dell'esistenza umana, si tende a nascondere.

Ciò porta alla maturazione di un concetto personale dell'evento, che viene etichettato come macabro, pauroso, estremamente negativo.

Una causa di questo atteggiamento può essere ricercata nel progresso della scienza medica. La medicina è stata in grado di debellare malattie incurabili, di trattare patologie che hanno ammorbato l'umanità per decenni. Il corpo umano si sente invincibile, quasi immortale e non trova spazio per il pensiero negativo "morte". Paradossale è come una società così moderna non riesca ad accettare un processo così naturale. (Comerci, 13 maggio 2018)

"Così come accettiamo la natura del nascere dovremmo accettare la natura del morire." (F.Nietzsche)

1.1.2. L'accanimento Terapeutico

Con il termine accanimento terapeutico si intende “l’ostinazione nell’impartire trattamenti sanitari che risultano sproporzionati in relazione all’obiettivo terapeutico.” (Marino, 2010).

Nascono numerosi dibattiti sull’utilizzo di questo termine, poiché l’espressione, usata nella letteratura medica, etica e giuridica di “accanimento terapeutico”, evidenzia una sorta di contraddizione dei due termini: ‘terapia’ ha una connotazione positiva, mentre “accanimento” indica un eccesso negativo che non si accorda con la positività precedente; ne consegue che se una pratica è definita come accanimento, è molto difficile che possa essere considerata terapia. (Comitato nazionale per la Bioetica, 2020)

“Pertanto, il Comitato ha preferito l’espressione “accanimento clinico” e con tale espressione indica l’inizio di trattamenti che si presumono inefficaci o la prosecuzione di trattamenti divenuti di documentata inefficacia in relazione all’obiettivo di cura della persona malata o di miglioramento della sua qualità di vita (intesa come benessere) o tali da arrecare al paziente ulteriori sofferenze e un prolungamento precario e penoso della vita senza ulteriori benefici.” (Comitato nazionale per la Bioetica, 30 gennaio 2020).

Paolo Cattorini, medico esperto di Bioetica, però non ritiene idoneo l’utilizzo di questo termine e sostiene che sia ancora contraddittorio, in quanto la clinica, così come il trattamento terapeutico, sono volti a promuovere il bene della persona e per questo motivo vi è una contraddizione con il termine accanimento. La proposta di Cattorini è quella di parlare di “trattamento eccessivo”, che equivale all’inglese *overtreatment*, che si oppone all’*undertreatment* “trattamento inadeguato”. Il trattamento eccessivo è quindi quello sproporzionato per eccesso. Per definire il termine accanimento egli propone invece la definizione come “*l’ostinata rincorsa verso risultati parziali a scapito del bene complessivo del malato*”. L’ottenimento di questi risultati può produrre danni e sofferenze, oppure ostacolare il malato nelle sue scelte e nei suoi desideri. Questa definizione include anche alcune forme di eccesso diagnostico, quale prescrivere determinati esami già sapendo che non se ne ricaveranno in alcun modo indicazioni per migliorare la terapia (Cattorini, 2011).

Per comprendere meglio cosa intendiamo per accanimento terapeutico riportiamo alcuni esempi:

- la somministrazione di una chemioterapia antitumorale (gravata da pesanti effetti collaterali) quando ormai si è dimostrata inefficace;
- la forzata somministrazione di farmaci (a eccezione degli analgesici) in pazienti in stato semicomatoso o, in ogni caso, ormai prossimi alla morte;
- la somministrazione di farmaci, ormai assolutamente inefficaci date le condizioni del paziente;
- il prelievo venoso o arterioso, spesso reso assai difficoltoso per il dimagrimento, la fragilità venosa o l'occlusione trombotica delle vene, eseguito per evidenziare valori di laboratorio che non modificheranno in modo determinante la terapia;
- il ricorso a esami diagnostici (radiografie, ecografie, ecc.), resi complicati per le difficoltà di mobilizzazione del paziente, dal cui esito non si trarranno indicazioni significative per la terapia, ma solo per valutare l'evoluzione clinica;
- l'applicazione di dispositivi medici (protesi, sondini, impianti vari) quando questi non migliorano né stabilizzano in modo accettabile le condizioni psicofisiche del paziente;
- l'intubazione in pazienti con insufficienza respiratoria ormai prossimi alla morte che, così, moriranno in rianimazione anziché a casa propria (a meno che tale intervento non sia determinante per alleviare le condizioni del paziente, e sia da questi accettato);
- obbligare il paziente a mangiare nonostante l'inappetenza;
- il ricorso a un intervento chirurgico che migliorerà di poco le condizioni cliniche a fronte di un elevato rischio operatorio o di un risultato con esiti invalidanti (motori, estetici, ecc.);
- la costrizione a eseguire un intervento medico o chirurgico che, pur risolvendo lo specifico problema, non giova al «bene globale» del paziente, anzi potrebbe rivelarsi peggiorativo sul piano psicologico, sociale, ecc.;
- qualsiasi intervento appaia sproporzionato (per il disagio fisico, le conseguenze, i costi, ecc.) rispetto al risultato che ci si aspetta. (Leone, 2009)

L'accanimento terapeutico viene menzionato anche nella L. 22 dicembre 2017, n. 219 che nell'art.2 recita:

“ Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione

irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a
trattamenti inutili o sproporzionati.”

La legge affronta questo tema sottolineando da una parte la necessità di astensione alle cure volte a una guarigione improbabile, dall'altra quella di proseguire nelle cure ai sintomi del paziente, in particolare trattare il dolore e ricorrere alla sedazione terminale in presenza di sintomi refrattari ai trattamenti sanitari. (Negretti, 2018)

1.1.3. Disposizioni anticipate di trattamento

La Legge 22 dicembre 2017, n. 219 entrata in vigore il 31 gennaio 2018 tratta di disposizioni anticipate di trattamento e di consenso informato. Nell'art. 1 della legge si stabilisce che: “nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge”. Lo stesso articolo afferma i diritti della persona assistita di conoscere il proprio stato di salute, diagnosi, prognosi, rischi e benefici dei trattamenti diagnostici e terapeutici, eventuali percorsi alternativi, conseguenze del rifiuto dei trattamenti (Ministero della Salute, 30 marzo 2018).

Le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) vengono comunemente conosciute come “testamento biologico” o “biotestamento”. Le DAT vengono scritte in previsione di un'eventuale incapacità di poter esprimere il proprio parere sulla volontà di ricevere cure. La persona deve necessariamente ricevere tutte le informazioni mediche riguardanti le conseguenze derivanti dalle proprie scelte.

Si può esprimere il consenso o il rifiuto su: accertamenti diagnostici, scelte terapeutiche, singoli trattamenti sanitari (Ministero della Salute, 11 febbraio 2020).

La persona può decidere ad esempio se sottoporsi o meno a: rianimazione cardio polmonare, somministrazione di oppiacei e antidolorifici, intubazione, sedazione profonda e tutte le procedure che permettano il soddisfacimento dei fabbisogni nutrizionali per via enterale o parenterale. I minorenni non possono compilare il biotestamento, nel loro caso il consenso è espresso dai genitori, dal tutore o dall'amministratore, previa opinione del minore.

Il testamento biologico è un documento che può essere scritto o videoregistrato. Va compilato e firmato in presenza di un notaio (pubblico ufficiale), di un Medico del Sistema Sanitario Nazionale o in uno dei Comuni che abbiano istituito l'apposito registro. Le DAT

sono rinnovabili, modificabili e possono essere revocate in qualsiasi momento (Di Todaro, 2017).

1.1.4. Il paziente terminale

“Per malato in fase terminale si intende la persona affetta da una patologia cronica evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano o siano sproporzionate terapie con l’obiettivo di una stabilizzazione della malattia e/o di un prolungamento significativo della vita” (Piolini, 2018).

E’ importante identificare il malato in fase terminale. Prima della morte la persona tende a sviluppare uno dei seguenti quadri disfunzionali:

- Un breve periodo di declino funzionale progressivo e costante (es. cancro progressivo)
- Un lungo periodo di patologia che potrebbe essere costantemente progressiva (es. ictus)
- Funzionalità di un organo che diminuisce in modo irregolare nel tempo, caratterizzata da episodi acuti talvolta imprevedibili (es. broncopneumopatia cronica ostruttiva).

Se il paziente viene riconosciuto come terminale è importante che il medico comunichi la gravità della situazione clinica, che discuta con la persona e i propri familiari degli obiettivi terapeutici, che disponga la rete delle cure palliative. Il paziente deve essere coinvolto il più possibile nelle decisioni e ove ciò non sia possibile la persona da egli nominata prende decisioni sulle cure sanitarie. (Cobbs, 2019)

1.1.5. Segni e sintomi del paziente terminale

- Dolore

La metà dei pazienti con cancro terminale ha forte dolore, che deve essere trattato in maniera adeguata. La scelta dell’analgésico dipende dall’intensità e dall’eziologia del dolore, per cui è fondamentale un adeguato ed approfondito colloquio con il paziente. I farmaci più utilizzati nella terapia del dolore sono l’aspirina, il paracetamolo e i FANS per il dolore lieve; l’Ossicodone per il dolore moderato; morfina e Fentanyl per il dolore severo.

- Dispnea

La dispnea è uno dei sintomi più diffusi tra i pazienti in fin di vita. Se il decesso è imminente gli obiettivi di cura sono limitati al comfort della persona, che assumerà posizione seduta ove possibile e l'ambiente dovrà essere arieggiato in maniera adeguata. Pulsossimetria, EGA e imaging non sono indicati. Gli oppiacei sono i farmaci di prima scelta per alleviare la dispnea quando la morte è imminente. L'ossigeno terapia può dare conforto psicologico anche se non corregge l'ipossiemia. Il miglior presidio per somministrare l'ossigeno è tramite cannule nasali, poiché più tollerate. La maschera facciale causa spesso agitazione e discomfort.

- Anoressia

Eccessiva perdita di peso frequente nei pazienti terminali. E' importante per quanto possibile fornire alla persona i propri cibi preferiti.

La somministrazione di liquidi EV e la nutrizione enterale o parenterale totale non prolunga la vita del paziente terminale, anzi causano disagio e accelerano il decesso.

Persino i pazienti cachettici possono vivere per diverse settimane senza assumere cibo e con una minima idratazione. E' fondamentale che i familiari e le persone care del paziente comprendano che una riduzione della somministrazione di liquidi EV non accelera il decesso. Nel fine vita risulta comunque indispensabile una buona igiene orale per favorire il benessere del paziente. (Cobbs, 2019).

- Ulcere da pressione

“Le ulcere da pressione sono aree di necrosi e ulcerazione in cui i tessuti molli vengono compressi tra prominenze ossee e superfici esterne dure. Sono causate dalla pressione meccanica continua in combinazione con attrito, forze di taglio e umidità” (Grada, Philips 2019).

Molti pazienti terminali sono allettati, cachettici e malnutriti, tutti fattori che aumentano la possibilità dell'insorgenza di piaghe da decubito. Per evitare la formazione di ulcere bisogna utilizzare presidi per la prevenzione, quali materassi specifici o letti ad aria, ruotare il paziente ogni due ore, mantenere la cute asciutta.

- Depressione

La maggior parte dei pazienti terminali presenta sintomi depressivi. E' necessario fornire un adeguato supporto psicologico, sviluppare una relazione terapeutica in modo da far

esprimere al paziente paure e preoccupazioni. E' spesso indicato un trial di antidepressivi per le persone che presentano una depressione persistente.

- Lutto

Il lutto è un processo che spesso inizia prima del decesso stesso. La prima reazione che i pazienti riferiscono è quella del rifiuto provocato dall'incertezza del futuro, dalla paura della sofferenza, dalla perdita della percezione di sé. Tradizionalmente la fase del rifiuto è seguita da: negazione, rabbia, contrattazione, depressione e infine accettazione. Medici e infermieri possono aiutare i pazienti ad accettare la loro prognosi ascoltando le loro preoccupazioni, aiutandoli a capire che possono controllare importanti elementi della loro vita, spiegando come la malattia peggiorerà e come il decesso sopraggiungerà e assicurandogli che i loro sintomi fisici saranno controllati. (Cobbs, Blackstone, Lynn, 2019).

1.1.6. Le cure palliative

Il termine palliativo deriva dal latino "pallium" che significa mantello, protezione. Nelle cure palliative si contestualizza l'approccio globale e multidisciplinare e tutte le misure utili per lenire le sofferenze di una persona affetta da una malattia ad evoluzione cronica ed inguaribile in fase terminale, garantendo la migliore qualità di vita possibile fino alla morte. (Ministero della Salute,2013).

Con la legge n 38 del 2010 si garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Il fine è di assicurare: il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze. Vengono inoltre individuate tre reti di assistenza dedicate alle cure palliative. (Ricchini, 2018)

Le cure palliative:

- Affermano la vita e vedono la morte come un evento naturale
- Non accelerano né ritardano la morte
- Mirano al sollievo del dolore e altri sintomi
- Integrano gli aspetti sociali, individuali e psicologici dell'assistenza
- Supportano la famiglia del malato durante la malattia e il lutto.

Le cure palliative si rivolgono ai pazienti in fase terminale con una malattia cronico degenerativa generalmente oncologica, ma anche neurologica, cardiologica, respiratoria. (Ministero della Salute,2013)

Nei luoghi dedicati alle cure palliative i pazienti possono essere sottoposti a sedute di chemioterapia, radioterapia, immunoterapia, ma soprattutto sono di rilevante importanza i colloqui psicologici.

Se necessario vengono somministrati farmaci antalgici per il controllo del dolore. Il dolore è un parametro vitale di rilevante importanza per i pazienti terminali, tanto da essere inserito all'interno della cartella clinica come parametro da valutare con la Legge del 15 marzo 2010 n.38. Il dolore può essere causato dalla massa tumorale, che può comprimere i visceri, infiltrare il tessuto nervoso, le ossa o altre aree innervate. Talvolta anche radioterapia e chemioterapia possono causare dolore, dato da bruciore alla cute, comparsa di mucosite orale o altri effetti collaterali. (Ricchini, 2018)

La rete per le cure palliative è composta da un'aggregazione funzionale di servizi sanitari e sociali, al fine di offrire un approccio olistico alla persona malata, al quale sarà garantito se richiesto anche un supporto religioso. (Ministero della Salute, 2013)

Le cure palliative possono quindi essere erogate in regime ospedaliero, a domicilio o in apposite strutture denominate hospice.

I pazienti in terapia oncologica possono essere segnalati dal proprio oncologo ai medici palliativisti, anche dal momento della diagnosi infausta. La rete locale della cure palliative è coordinata e gestita da una Struttura Organizzativa delle Aziende Sanitarie (ASST) che garantisce l'accoglienza del paziente, la valutazione dei bisogni e il setting assistenziale più appropriato.

1.1.7. Unità Cure Palliative Domiciliari

Le Cure Palliative Domiciliari comprendono un'equipe multidisciplinare di medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali. Offrono disponibilità nell'arco delle 24 ore anche nel supporto della famiglia e/o caregiver.

L'equipe Redige il PAI (Piano Assistenziale Individuale). Si tratta di un progetto assistenziale elaborato in seguito a un'attenta analisi e a una valutazione dei bisogni globali della persona. Il PAI riporta i problemi, la valutazione multidimensionale, gli obiettivi terapeutico-assistenziali, e il monitoraggio nel tempo. Fondamentale è la presenza del

caregiver, o familiare presente h 24 a casa del paziente. Il caregiver ha un ruolo informale di cura, supporto e di vicinanza e si impegna nelle attività di cura della persona assistita. (Ricchini, 2018)

1.1.8. Hospice

L'hospice è un luogo di ricovero per malati terminali dove vengono erogate le cure palliative quando queste non possono essere effettuate a domicilio.

L'hospice può essere collocato all'interno dell'ospedale, o in un'altra struttura; nella maggior parte dei casi la degenza del malato dura circa due settimane e spesso un familiare alloggia nella stanza con il paziente. (Codignola, 2015).

L'hospice nasce come una sostituzione dell'ambiente domestico ed è caratterizzato da stanze singole con bagno privato, che possono essere personalizzate; il paziente può ricevere visite a qualsiasi ora e portare con sé anche un animale domestico. (Mastroianni, 2014)

L'hospice è un luogo “ dove i pazienti non si sentono un numero, ma semplicemente qualcuno, dove gli infermieri li chiamano per nome, dove i medici trovano il tempo di sedersi al loro capezzale per spiegare trattamenti e prassi, ma anche per ascoltare loro domande, i loro dubbi, la loro disperazione, dove si è consapevoli del fatto che è una vita intera ad essere imprigionata in una stanza, e non soltanto un corpo malato” (De Hennezel, 1998).

Il paziente e i loro familiari sono il “progetto assistenziale condiviso in équipe”, la terapia e il supporto relazionale fanno parte dell'attenzione verso la “persona” piuttosto che verso gli aspetti diagnostico-curativi della malattia, tenendo in considerazione non solo i bisogni clinici, ma anche quelli emozionali, psicologici e spirituali sia del paziente che dei suoi familiari. (Mastroianni, Calvieri, 2014)

1.1.9. Hospice in Italia

A 20 anni dalla Legge n. 39/1999 che originariamente prevedeva la realizzazione di strutture residenziali di cure palliative, i cosiddetti Hospice, il quadro che emerge dall'ultima relazione al Parlamento del Ministero della Salute è il seguente: in Italia erano presenti 231 strutture nel 2014, nel triennio 2015-2017 queste sono diventate 240, con soli 226 posti letto aggiuntivi. La carenza rimane di ancora 244 posti letto sugli standard fissati

dal D.M. 43/2007. Va segnalata inoltre una forte disomogeneità tra le Regioni, con alcune (Lombardia, Emilia Romagna, Lazio) in surplus di strutture e altre (Piemonte, Toscana, Campania) in forte deficit.

Segnali positivi emergono invece se si analizza l'incremento del numero di pazienti in fase terminale assistiti al proprio domicilio. Se nel 2015 questi erano 33.138, nel 2017 sono diventati 40.849.

Per quanto riguarda lo stato delle Reti di cure palliative e terapie pediatriche, la situazione osservabile è gravemente insufficiente. Ad oggi sono solamente tre gli Hospice pediatrici attivi (in Veneto, Basilicata e Piemonte) e solo ulteriori 5 risultano in fase di costruzione/attivazione. Solamente in 5 Regioni è poi presente una rete di assistenza domiciliare pediatrica specialistica in terapia del dolore e cure palliative, assente nel resto del territorio nazionale. (Fortuna, 2019)

1.1.10. Hospice nelle Marche

Nella regione Marche ad oggi sono attivi 7 hospice per un totale di 61 posti letto. Si può prendere come esempio per effettuare un confronto la regione Emilia Romagna, che ha una popolazione circa tre volte superiore a quella delle Marche, ma ha attivi 22 hospice con 290 posti letto, che, in proporzione, è cinque volte superiore rispetto alla regione Marche. Inoltre gli hospice delle Marche sono esclusivamente dedicati alle patologie oncologiche, quando invece le cure palliative vanno oltre i confini dell'oncologia.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, questa dovrebbe essere garantita 7 giorni su 7 e 24 ore su 24. La rilevazione dell' ASUR Marche riporta però che in almeno cinque distretti la continuità della copertura giornaliera manca.

La Regione Marche con la DGR 1105/2017 avrebbe dovuto aumentare i posti letto degli hospice da 61 a 123 come autorizzabili e a 111 come contrattualizzabili e con la più recente DGR 1622/2018 si parla di aumentare i posti letto degli hospice a 100. (Maffei, 2018).

La situazione ad oggi però rimane invariata, per cui gli hospice attivi sul territorio marchigiano sono:

- Hospice c/o RSA di Offida (AP AV5)
- Hospice “La Farfalla” di Montegranaro (FM AV4)
- Hospice c/o Ospedale B. Eustacchio di San Severino Marche (MC AV3)

- Hospice “Il Glicine” Ospedale di Macerata (MC AV3)
- Hospice Ospedale di Loreto c/o c/o Santa Casa di Loreto (AN AV2)
- Hospice di Fabriano c/o Ospedale Engles (AN AV2)
- Hospice c/o Ospedale di Chiaravalle (AN AV2)
- Hospice “Il giardino del Duca” c/o Ospedale di Fossombrone (PU AV1)

1.1.11. La relazione terapeutica

Lo psicologo Carl Rogers definisce la relazione terapeutica: “una relazione in cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell’altro la crescita, lo sviluppo, la maturità ed il raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato” (Rogers, 2013).

La relazione infermiere paziente che si sviluppa con incontri, colloqui, scambi di idee tra il professionista e il malato è la vera essenza della professione infermieristica e della corretta attuazione del processo di Nursing, che comprende: accertamento, pianificazione dell’assistenza infermieristica, attuazione e infine valutazione dei risultati ottenuti.

L’obiettivo primario dell’infermiere è quello del prendersi cura in maniera olistica della persona assistita e per far ciò è indispensabile instaurare una relazione.

L’irruzione della malattia nella vita di una persona causa dei cambiamenti nello stile di vita ed è in questo momento che si instaura una relazione infermiere-paziente che è definita come una “relazione d’aiuto”, in quanto si realizza attraverso il contatto tra due persone, ossia l’infermiere, che ha una funzione di sostegno e il paziente che è in una condizione di bisogno.

In questo tipo di relazione infermiere-paziente, un aspetto fondamentale è l’empatia: la capacità di entrare in relazione e percepire i sentimenti dell’altro e di comprenderne il loro significato, mettersi nei panni dell’altro, “provare ciò che egli prova”, immedesimarsi in lui, ma avendo chiaro che non si è l’altro. In altre parole l’empatia permette l’instaurarsi di un rapporto professionale equilibrato con il malato, evitando sia il coinvolgimento emotivo dell’operatore sia l’isolamento affettivo del paziente. (Stiro, 2017)

“Il Nursing è una combinazione unica di arte (prendersi cura) e scienza (conoscenza e processo scientifico) che si applica nel contesto delle relazioni interpersonali allo scopo

di favorire il benessere, prevenire la malattia e ripristinare lo stato di salute nei singoli individui, nelle famiglie e nelle comunità” (Martha Rogers, 1970).

Per sviluppare un’efficace relazione terapeutica è necessario saper comunicare.

Lo psicologo Paul Watzlawick insieme ad altri colleghi nel 1967 condussero numerosi studi sulla comunicazione che ispirarono altri studiosi ad approfondire il fenomeno. Tutte con un filo conduttore comune: le interazioni. Comuniciamo tutti i giorni, con qualsiasi persona, più o meno consapevolmente, attraverso parole e gesti, per descrivere fatti ed eventi, per intraprendere relazioni sociali e suscitare emozioni.

Watzlawick, Beavin e Jackson individuano cinque assiomi, ossia verità evidenti e indiscutibili sulla base di dimostrazioni, della comunicazione:

- Non si può non comunicare: anche in silenzio si comunica, poiché anche il comportamento ha un suo linguaggio.
- All’interno di ogni comunicazione si possono individuare due livelli: il *contenuto* ossia cosa si dice e la *relazione* che si vuole instaurare con l’interlocutore
- La punteggiatura delle sequenze degli eventi definisce la relazione: La comunicazione comprende diverse versioni della realtà, che si creano e modificano durante l’interazione tra più individui. Queste diverse interpretazioni dipendono dalla punteggiatura della sequenza degli eventi, ossia dal modo in cui ognuno tende a credere che l’unica versione possibile dei fatti sia la propria
- La comunicazione avviene attraverso canali verbali e non verbali: La comunicazione verbale è di tipo discreto - ovvero caratterizzato da parole distinte con un significato ben differente. Quella non verbale invece esprime significati che vengono interpretati per somiglianze e analogie. La comunicazione non verbale include, ad esempio, la postura, i gesti, l’espressione del volto, il tono di voce e il ritmo.
- Le interazioni possono essere complementari o simmetriche: Si ha un’interazione simmetrica quando gli interlocutori si considerano sullo stesso piano, e quindi di pari livello, nessuno dei due sembra voler essere sottomesso dall’altro. L’interazione complementare, al contrario, si verifica quando gli interlocutori non si considerano sullo stesso piano; ciò emerge chiaramente dai loro scambi, che pongono uno dei due in una posizione di superiorità e l’altro in una posizione subordinata. (Ferrari, 2019)

La comunicazione avviene attraverso tre canali: verbale, non verbale, paraverbale.

Con comunicazione verbale intendiamo l'utilizzo della "parola parlata", ma solo il 35% della comunicazione interumana fa capo all'utilizzo delle parole, il resto è tutto espresso tramite la comunicazione non verbale.

La comunicazione non verbale è dettata dalle emozioni e dai sentimenti che non sempre raggiungono il livello di coscienza. Si può affermare che essa esprima la parte più vera di ciascuno di noi nel rapporto sociale.

Per queste ragioni è importante che l'infermiere sappia cogliere la comunicazione non verbale. Da una buona capacità di lettura d'essa derivano preziose informazioni sul reale stato emotivo della persona con cui s'interagisce, in particolare quando essa non sa, non può o non osa esprimere il proprio reale sentire.

Anche il silenzio è una forma di comunicazione non verbale e alla luce di ciò l'infermiere dovrà analizzarne il significato in base al contesto e al soggetto che ha di fronte.

La comunicazione para-verbale consiste nell'utilizzo della voce: timbro, tono, pause e volume. Tale comunicazione è parte integrante del nostro modo di relazionarci con gli altri. (Gatto, 2016)

Per una comunicazione efficace è importante che l'infermiere impari a "ricalcare" il paziente, ossia che egli impari ad imitare il proprio schema di comunicazione, valori e credenze. Quando ci si sincronizza si instaura un clima di confidenza che dà, all'interlocutore, il desiderio di dire di più, perché si sente ascoltato e riconosciuto per quel che è. Si crea un rapporto che permetterà, passo dopo passo, di condurre una relazione terapeutica di aiuto.

È importante che l'infermiere impari a sincronizzarsi in primis sul paraverbale del paziente perché in questo modo costruirà uno stretto legame a livello conscio e inconscio col paziente stesso che si sentirà capito e ascoltato. Il tono, il volume, il flusso e il ritmo della voce sono la base della sincronizzazione paraverbale che permette di stabilire un ponte comunicativo col paziente. (Pensieri, 2010).

1.1.12. Il nuovo codice deontologico

Il termine deontologia definisce: "l'insieme delle norme e delle regole della condotta professionale, espressione dei valori propri di una professione, generalmente

raccolte in un Codice Deontologico, vero e proprio dettato normativo o raccolta di indicazioni all'agire del professionista" (Sala, 2005).

Gli obblighi e i doveri deontologici dell'infermiere sono stabiliti nei confronti dei colleghi, degli assistiti, degli altri professionisti, di sé stessi come professionisti.

Il codice deontologico è definito come un criterio guida per la professione infermieristica, poiché aiuta a garantire degli standard di assistenza, in quanto rappresenta un insieme convenuto di regole ed aspettative per orientare la pratica della professione.

Facendo riferimento al codice deontologico non si possono non menzionare i concetti di morale e di etica.

- Morale deriva dal latino "moralis", che discende da "mos, moris", "costume"; con morale si intende un insieme di norme, la giusta via secondo la quale l'uomo dovrebbe agire ed è un intreccio di particolari comportamenti e valori calati in una data comunità. La morale può essere sia religiosa, secondo la quale le norme da seguire provengono direttamente da Dio, sia laica, secondo l'idea che l'uomo sarebbe in grado di stabilire norme morali senza necessitare dell'intervento di una divinità;
- Etica deriva dal greco "êthos", "uso, costume" in riferimento all'antica società greca, esempio positivo di onestà, progresso ed ordine sociale. Etica assume il significato di ciò che deve essere fatto, perché buono in sé, a prescindere dal tornaconto personale o sociale che se ne potrebbe ricavare.

Nell'ambito della sanità viene considerato etico ciò che è degno per la persona.

Dal codice deontologico emergono i seguenti principi di natura etica:

- Beneficenza e non maleficenza: l'infermiere, si adopera per garantire la promozione degli interessi dell'utente, dei vantaggi e dei risultati migliori possibili per l'assistito (beneficenza). L'infermiere si adopera per prevenire, rimuovere, educare ad evitare comportamenti pericolosi per sé e per gli altri (non maleficenza).
- Autonomia: l'infermiere crea i presupposti che permettano all'utente di prendere decisioni sanitarie in maniera autonoma.
- Equità: l'infermiere tratta ogni assistito nel rispetto della dignità e organizza le risorse disponibili per ogni utente in base al concetto di equità (fornire alla

persona ciò di cui ha bisogno per raggiungere un obiettivo) piuttosto che di uguaglianza.

- Veridicità: l'infermiere dice il vero all'assistito, acquisisce capacità di comunicazione per far comprendere la situazione clinica alla persona e ai familiari.
- Fedeltà: l'infermiere garantisce fedeltà alla professione, che si riassume come garantire l'assistenza necessaria a tutti i pazienti, a prescindere da età, sesso, valori, etnia.
- Riservatezza: l'infermiere, per proprio principio professionale e per obbligo di legge, tutela la riservatezza di tutti i dati che riguardano il paziente nei confronti di chi non appartiene all'équipe sanitaria che si occupa dell'assistenza alla persona.

Il nuovo codice Deontologico degli infermieri viene approvato il 13 aprile 2019 dall'ordine FNOPI, dopo dieci anni dall'ultima versione. E' costituito da 53 articoli divisi in 8 capi; 11 articoli riguardano il rapporto diretto con l'assistito. (OPI Vicenza Da Rin, 2019).

Per lo studio di tesi si ritiene consono citare ed analizzare *l'art.4- relazione di cura* del codice deontologico 2019 che recita: "Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura." (Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2019)

La relazione di cura implica una relazione giusta, che si può sviluppare solo attraverso il dialogo e l'ascolto. Questi guidano la relazione sia nell'apprendimento che nella cura, poiché non può esserci cura senza apprendimento. L'aiuto che l'infermiere fornisce alla persona assistita, viene ricambiato con il rispetto e la gratitudine, che divengono indispensabili per il professionista sanitario, il quale si sentirà apprezzato e crescerà personalmente e professionalmente. Solo così non verrà mai a crearsi un vuoto.

Nella fase della malattia il tempo diviene prezioso. Il professionista è per cui obbligato a dare valore al tempo, a saper riconoscere il tempo a disposizione per instaurare una buona relazione e un'adeguata cura.

Il tempo cui si fa riferimento non è quello che i greci definivano *Kronos*, ossia il tempo cronologico, ma *Karinos*, ossia il “tempo giusto”, che determina una buona occasione per incontrare l’altro e instaurare una relazione. (Aceti, Arcadi, Arnofi, 2020)

2. OBIETTIVO

L'obiettivo è comprendere l'importanza della relazione terapeutica che si instaura tra infermiere e paziente nel contesto delle cure palliative e quanto questa sia d'aiuto e di supporto per affrontare la fase terminale della vita e il processo di morte.

3. MATERIALI E METODI

E' stata condotta una ricerca tramite la banca dati PUBMED indexed for MedLine dal 10 luglio al 15 settembre 2020.

Sono state individuate le seguenti parole chiave e combinate con l'operatore booleano AND:

- Nurse-patient relations AND Terminal care
- Nurse-patient relations AND Hospice
- Social skills AND Nurse-patient relations

La ricerca è stata dapprima ristretta a studi effettuati negli ultimi dieci anni. Successivamente sono stati inclusi nello studio articoli più datati in quanto ritenuti validi per rispondere al quesito di ricerca.

E' stata effettuata una revisione della letteratura analizzando 25 studi. Di questi 10 sono stati esclusi, poiché non soddisfacevano il quesito di ricerca e altri 5 invece si concentravano eccessivamente sulla figura del caregiver.

Sono stati selezionati infine per la revisione 10 articoli, in quanto rispondenti al quesito di ricerca.

I criteri di selezione sono stati:

- Pertinenza al tema di studio: relazione infermiere paziente nel contesto delle cure palliative; strategie di comunicazione messe in atto dall'infermiere
- Lingua: sono stati analizzati studi in lingua inglese, poiché non pervenuti articoli in lingua italiana
- Tipologia di rivista: preferenza per le riviste infermieristiche
- Tipologia di studio: studi qualitativi, studi di revisione sistematica, studi randomizzati controllati

I criteri di inclusione degli articoli utilizzati per la revisione della letteratura sono:

- Pazienti con diagnosi di malattia terminale
- Pazienti sottoposti a cure palliative in hospice o a domicilio

I criteri di esclusione sono:

- Pazienti in età pediatrica
- Studi che menzionano il rapporto infermiere-caregiver
- Studi che si concentrano anche su altri professionisti sanitari

Gli studi sono sintetizzati nella seguente tabella (Tab.1) :

Banca dati	Parole chiave	Documenti individuati e selezionati	Titolo studio, autori, anno di pubblicazione titolo della rivista
PubMed	Nurse-patient relations AND Hospice	4	1-Nurses' and patients' perception of expert palliative nursing care (Bridget Johnston, Lorraine N Smith) 2006, "Issues and innovations in nursing practice"
			2-The specialist palliative care nurse: a qualitative study if the patients' prospective (A. Chapple, S.Ziebland, A.McPherson) 2006 "Interntational journal of nursing studies"
			3-Nurse-patient relationships in palliative care (E.Mok, P.Chi Chiu) 2004, "Journal of Advanced Nursing"48(5), 475-483
Google Scholar			4-Therapeutic relationships in specialist palliative care nursing practice (D.Canning, J.P. Rosenberg, P. Yates) 2015, "International journal of palliative nursing"
PubMed	Nurse-patient relations AND Terminal care	3	5-Positive emotion communication: Fostering well-being at end of life (Alexandra L Terrill, Lee Ellington, Kevin K John, Seth Latimer, Jiayun Xu, Maija Reblin, Margaret F Clayton) 2018 "Patient education and counseling"
			6-How to support patients who are crying in palliative home care: an interview study from the nurses'

			perspective (K. Rydè, K. Hjelm) 2016, “Primary Health Care Research & Development”
			7-Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum (Elaine Wittenberg, Anne Reb, Elisa Kanter) 2018 “Seminars in oncology nursing”
	Social skills AND Nurse- patient relations	3	8-Behind the doors of home hospice patients: A secondary qualitative analysis of hospice nurse communication with patients and families (Debra Parker Oliver ¹ , Jessica Tappana ² , Karla T Washington ¹ , Abigail Rolbiecki ¹ , Kevin Craig ¹ , George Demiris ³ , Collyn Schafer ⁴ , Mumeenat Winjobi ⁴ , Margaret F Clayton ⁵ , Maija Reblin ⁶ , Lee Ellington) 2019 “Palliative and supportive care”
			9-Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic review (Li Hui Tay ¹ , Desley Hegney, Emily Ang) 2011 “International journal of evidence based health-care”

Tabella 1: studi analizzati

4. RISULTATI

Il primo studio è una revisione della letteratura effettuata dal 1989 al 2004. Da tale revisione emerge che si è indagato ben poco su cosa i pazienti intendono per “buona morte”. È stata condotta un’indagine fenomenologica al fine di raccogliere opinioni sia di pazienti che di infermieri. Questo approccio ha comportato l'esplorazione dell'esperienza vissuta da infermieri e pazienti in cure palliative. È stato effettuato il processo di raccolta e analisi dei dati. Lo studio ha avuto una durata di cinque anni, è stato condotto in Scozia in due ospedali e in due hospice. Prima dello studio principale è stato condotto uno studio pilota che ha coinvolto 10 partecipanti. I dati sono stati raccolti in un periodo di 18 mesi, 1996-1997 tramite interviste approfondite (fase 1), con una seconda intervista a griglia 14 giorni dopo l'intervista approfondita (fase 2). Gli infermieri hanno compilato le interviste prima dei pazienti, ma 13 pazienti a causa di morte o aggravamento non hanno compilato l'intervista della fase 2. Allo studio hanno partecipato 22 pazienti e 22 infermieri. Criteri di inclusione dei pazienti: essere ricoverati in una delle quattro strutture, diagnosi infausta di malattia, aspettativa di vita non maggiore di due anni e non minore di due settimane, consapevolezza della diagnosi e capacità di comunicare. Criteri di inclusione degli infermieri: infermiere registrato, esperienza di almeno due anni, infermieri esperti di cure palliative. Tutte le interviste sono state effettuate previo consenso informato, con una durata di 25-45 minuti per gli infermieri e di 45-90 minuti per i pazienti e sono state registrate. Ai pazienti si è chiesto principalmente di parlare della propria malattia e agli infermieri di descrivere le qualità di un infermiere palliativo esperto. Da tale revisione emergono i seguenti risultati: i pazienti ritengono che la caratteristica principale che un infermiere esperto di cure palliative deve avere è quella di saper instaurare una buona relazione con il malato. Emerge quindi il tema della “connessione” che nasce tra infermiere e paziente. Al professionista si attribuiscono le seguenti caratteristiche: essere disposto ad ascoltare, a conoscere, disponibile al dialogo, che non eviti la persona. Per il paziente sottoposto a cure palliative è di grande aiuto l’infermiere che si siede accanto al paziente, gli prende la mano, instaura un dialogo e infonde fiducia. Dalle interviste agli infermieri emerge una scarsa formazione sulle tecniche di comunicazione da utilizzare con il malato terminale. Gli infermieri concordano che la formazione sulle abilità interpersonali

dovrebbe essere obbligatoria per coloro che lavorano in cure palliative come parte di un programma post-laurea.

Nel secondo studio vengono intervistati 41 pazienti che hanno ricevuto una diagnosi infausta e che sono sottoposti a cure palliative in hospice o domiciliari in 21 contee dell'Inghilterra e del Galles, dalla Cornovaglia nel sud-ovest a Tyneside nel nord dell'Inghilterra. Lo scopo dello studio è quello di indagare le opinioni dei pazienti sugli infermieri esperti in cure palliative. Le interviste sono state svolte tra il 2003 e il 2004 a domicilio dei pazienti o negli hospice; ogni intervista ha avuto durata di due ore ed è stata successivamente trascritta. Il campione comprende persone appartenenti a vari contesti socio-economici, sia anziani che giovani, alcuni con diagnosi di cancro, altri con malattia non maligna, ma pur sempre in fase terminale. Sono stati menzionati molti aspetti positivi del lavoro degli infermieri. Dai resoconti dei pazienti è emersa una serie di sotto-temi: aiuto pratico, parlare e ascoltare i sentimenti delle persone, informazioni cliniche e consigli, comunicazione, disponibilità e flessibilità. In particolare i pazienti apprezzano gli infermieri esperti in cure palliative per l'aiuto pratico che forniscono, poiché sono sempre vicini al paziente e intervengono laddove ci sia riduzione dell'autonomia funzionale. Un altro aspetto fondamentale che emerge dallo studio è quello del dialogo e ascolto dei sentimenti: per i pazienti che hanno appena ricevuto una diagnosi infausta, l'infermiere che si mette a disposizione per parlare ed ascoltare il paziente, è estremamente apprezzato. Viene esaminata anche l'importanza della disponibilità e della flessibilità degli infermieri. Ad esempio un uomo con cancro alla prostata intervistato dice di sentirsi sollevato, poiché sa di poter chiamare la propria infermiera di fiducia e ricevere supporto emotivo ogni volta che si sente giù di morale. I risultati dello studio dimostrano come i pazienti abbiano opinioni positive sul ruolo degli infermieri nelle cure palliative. Emerge soprattutto l'importanza dello sviluppo di una relazione terapeutica.

Nel terzo studio vengono intervistati 10 infermieri e 10 pazienti nel contesto di cure palliative per indagare le dinamiche relazionali che si instaurano. Lo studio viene effettuato in Cina. Gli infermieri partecipanti lavorano nel contesto cure palliative da almeno due anni; i pazienti hanno avuto diagnosi di malattia terminale, sono in grado di comunicare verbalmente, hanno soggiornato in hospice per almeno una settimana, oppure hanno ricevuto cure palliative domiciliari per almeno quattro settimane. Le interviste aperte e non strutturate sono state condotte da maggio 2001 a febbraio 2002 in lingua cantonese e

successivamente trascritte in cinese. Le interviste con i pazienti sono iniziate con la domanda: "Mi puoi raccontare come hai vissuto la tua malattia e il tuo rapporto con gli infermieri?" Quelle con gli infermieri si sono aperte con la domanda: "Puoi parlarmi di come ti prendi cura di pazienti con cancro incurabile e del tuo rapporto con i tuoi pazienti?" Dallo studio emergono i seguenti risultati: I pazienti che ricevono cure palliative e vivono tutti con la consapevolezza del fine vita, hanno anche sperimentato sofferenza e solitudine. Nelle cure palliative gli infermieri mirano a ridurre la sofferenza fisica e psicologica dei pazienti. Tutti gli infermieri vogliono continuare a lavorare negli hospice, poiché si sentono arricchiti e soddisfatti dal proprio lavoro. I rapporti instaurati con gli infermieri hanno dato ai pazienti la forza di andare avanti, con qualcuno di cui fidarsi e a cui poter esprimere i propri sentimenti e le paure. Quattro categorie principali sono emerse dal punto di vista di pazienti e infermieri: formare un rapporto di fiducia; essere parte della famiglia; rifornimento di energie durante il viaggio della vita e della morte; esperienze arricchite. Le risposte hanno rivelato che si forma un rapporto di fiducia e che gli infermieri non sono solo considerati professionisti della salute, ma diventano anche parte della famiglia o un buon amico. Gli infermieri che sviluppano relazioni di fiducia dimostrano un approccio olistico alla cura, mostrano la loro comprensione della sofferenza dei pazienti, sono consapevoli dei loro bisogni inespressi, forniscono comfort senza che gli venga effettivamente chiesto e sono affidabili, competenti e dediti alle cure. gli obiettivi dei pazienti e degli infermieri, la cura e la reciprocità sono elementi importanti delle relazioni infermiere-paziente nelle cure palliative. Tali relazioni non solo migliorano lo stato fisico ed emotivo dei pazienti, ma facilitano anche l'adattamento alla loro malattia, alleviano il dolore e possono infine portare a una buona morte. Anche gli infermieri traggono soddisfazione e si arricchiscono attraverso le relazioni.

Il quarto studio è stato svolto in Australia intervistando 74 infermieri che lavorano nelle cure palliative. Lo scopo è quello di individuare le caratteristiche chiave dell'infermiere esperto in cure palliative. Viene dapprima effettuata una revisione della letteratura, poi gli infermieri vengono sottoposti a un sondaggio con esempi pratici ed infine ad un'intervista. Dallo studio vengono individuati sei domini: relazione terapeutica, azioni pratiche, consulenza, educazione terapeutica, leadership, ricerca. Di queste sei caratteristiche la più rilevante per l'infermiere di cure palliative è saper sviluppare una relazione terapeutica. L'infermiere deve dimostrare capacità di comunicazione altamente

sintonizzate e una reale preparazione e disponibilità per le conversazioni sulla malattia dell'individuo, sulla morte anticipata e sulle loro risposte spesso intime ed emotive a questa realtà. Le loro risposte sono vissute come parte del corso di vita unico di un individuo che influenzerà le strategie di coping, le relazioni e il significato della morte imminente. Tutti gli infermieri sono d'accordo che i sei domini sono tra loro legati in maniera indissolubile, ma che quello che assume più rilevanza nelle cure palliative è la relazione terapeutica.

Il quinto studio si concentra sulla comunicazione positiva (positive emotion communication "PEC") nel fine vita. Lo scopo dello studio è quello di analizzare la PEC nelle cure palliative ed individuare come questa viene utilizzata dagli infermieri. Lo studio osservazionale prospettico viene effettuato negli Stati Uniti, in particolare sulla West coast e East coast. Si vuole esaminare la PEC nel contesto delle visite domiciliari in pazienti con un'età maggiore di 45 anni e con diagnosi di cancro ad uno stadio terminale. Gli infermieri registrano ogni visita domiciliare previo consenso informato e si raccolgono un totale di 80 registrazioni per 20 casi (4 registrazioni per ogni paziente) in modo da valutare l'applicazione della PEC nel tempo. Vengono individuati sette modelli di comunicazione positiva: connessione, scherzare, mostrare gratitudine, pensiero positivo, riconoscere i meriti, umorismo, leggerezza. La PEC si manifesta in varie forme e frequenza nei pazienti e negli infermieri nel contesto delle cure palliative. E' certamente influenzata dalla componente interpersonale di ciascuna persona. E' importante sottolineare che la comunicazione positiva non diminuisce quando si avvicina il momento della morte; si ritiene che la PEC migliori la resilienza, che favorisca le interazioni sociali, che aiuti a promuovere il benessere nella fase terminale della vita e che aiuti nella costruzione di una relazione terapeutica sana. La PEC viene utilizzata maggiormente dagli infermieri piuttosto che dai pazienti e l'umorismo è la componente che si manifesta con più frequenza (29% delle visite).

Il sesto studio è di tipo esplorativo qualitativo, condotto in Svezia intervistando 8 infermieri tra i 32 e 63 anni che lavorano nelle cure palliative domiciliari. L'obiettivo dello studio è quello di indagare come gli infermieri possono supportare il paziente durante il momento del pianto. Nelle cure palliative l'infermiere ha un ruolo cruciale, poiché sviluppa un vero e proprio rapporto con il paziente. Tale relazione si basa su sicurezza e fiducia, per cui il paziente si sente confortato, supportato e in alcuni momenti può sentire il bisogno di piangere. Dalle interviste con gli infermieri esperti in cure palliative domiciliari,

emerge che gli infermieri devono saper gestire il momento del pianto in maniera adeguata: è necessario avere un contatto fisico con il paziente, mostrare empatia, essere presente e lasciare che la persona pianga liberamente. Quando il pianto cessa l'infermiere deve supportare la persona con il dialogo, mostrando sensibilità, umiltà e rispettare i desideri del paziente. Ogni incontro con persone che piangono dovrebbe essere visto come unico e dovrebbe essere fornita un'assistenza personalizzata. I risultati di questo studio dimostrano che la vicinanza fisica e il tocco sono importanti ma dovrebbero essere usati con grande sensibilità. La capacità degli infermieri di trovare un equilibrio tra vicinanza e contatto fisico è essenziale per un buon supporto.

Il settimo studio è una revisione della letteratura. Suggerisce l'applicazione di delle strategie di comunicazione nelle cure palliative sintetizzate con l'acronimo COMFORT, modello creato e studiato dal National Cancer Institute dopo una revisione della letteratura, ricerca sull'efficacia, concetti fondati sulla teoria della comunicazione e feedback da un pubblico infermieristico nazionale e da docenti clinici esperti. E' stato dimostrato che gli infermieri con spiccate abilità comunicative influenzano positivamente il percorso dei pazienti oncologici e migliorano il loro stato di benessere (Eid A, 2009).

Tuttavia raramente gli infermieri ricevono un'adeguata formazione sulle strategie comunicative durante il loro percorso di studi ed esistono pochissimi programmi che si concentrano sulla comunicazione nel contesto delle cure palliative. (Jin J, 2008).

E' stato perciò creato un corso di formazione di due giorni per istruire 269 infermieri di cure palliative sull'utilizzo del modello COMFORT, che ha dimostrato miglioramenti per la comunicazione infermiere-paziente da entrambi i punti di vista. Il paziente percepisce di potersi fidare dell'infermiere. (Goldsmith J, 2016)

Nella seguente tabella viene sintetizzato il COMFORT communication curriculum (tab.2) :

Communication	Conoscere la storia del paziente; saper comunicare
Orientation and Options	Conoscere il livello culturale del paziente
Mindful communication	Praticare l'ascolto attivo; comprendere i bisogni fisici; riconoscere la comunicazione non verbale
Family	Osservare le dinamiche di comunicazione

	con i familiari e con il caregiver; rispondere alle domande del caregiver
Openings	Identificare i punti cardine dell'assistenza al paziente; trovare dei punti d'incontro
Relating	Raggiungere gli obiettivi prefissati
Team	Creare un team di successo

Tabella 2: comfort communication

Abilità comunicative di qualità sono essenziali per l'assistenza infermieristica oncologica, consentendo agli infermieri di apprendere la storia del paziente, affrontare le esigenze di alfabetizzazione sanitaria del paziente e della famiglia, discutere l'incertezza del paziente e il disagio emotivo ed essere consapevoli della necessità di prendersi cura di sé. Impegnarsi in conversazioni difficili o delicate richiede fiducia, compassione e autoconsapevolezza. È necessaria una formazione sulla comunicazione in cure palliative per gli infermieri di oncologia, soprattutto dato il loro ruolo vitale nella cura del cancro. Il modello COMFORT Communication offre un curriculum infermieristico per l'insegnamento della comunicazione in cure palliative.

L'ottavo studio è stato condotto in quattro diverse regioni degli Stati Uniti dove 65 infermieri hanno registrato 65 incontri con i pazienti sottoposti a cure palliative domiciliari. Le tecniche di comunicazione utilizzate dagli infermieri sono state suddivise in sei livelli e utilizzate con le relative percentuali:

- Livello 1: mostrare attenzione, interessarsi a ciò che dice il paziente (98%)
- Livello 2: riaffermazione dei sentimenti comunicati dal paziente (93,8%)
- Livello 3: comprendere ciò che il paziente pensa, ma che non riesce a dire (63%)
- Livello 4: contestualizzare e comprendere le azioni del paziente (23%)
- Livello 5: mostrare empatia verso il paziente (38%)
- Livello 6: rispettare il paziente (20%)

Soltanto 2 infermieri su 65 hanno utilizzato tutti i livelli di comunicazione.

Da questo studio evince che tutti gli infermieri utilizzano delle tecniche di comunicazione di base, ma pochi di loro ricorrono a forme più complesse di relazione.

Il nono studio è una revisione della letteratura effettuata su cinque studi di tipo qualitativo e tre studi di tipo quantitativo. Dalla revisione emerge che i fattori che vanno ad

influenzare la comunicazione e quindi l'instaurarsi di una relazione terapeutica, sono identificati nelle caratteristiche degli infermieri, dei pazienti e dell'ambiente circostante.

I fattori di promozione negli infermieri includevano genuinità, competenza e capacità di comunicazione efficaci. Il ruolo della formazione post-base nel migliorare la comunicazione infermiere-paziente risulta inefficace. Gli infermieri dediti al proprio lavoro che temono l'idea di morte e non sono sicuri delle proprie abilità relazionali, inibiscono la comunicazione; è stato inoltre osservato che le situazioni emotivamente cariche influiscono negativamente. D'altra parte, i pazienti che hanno partecipato attivamente alla propria cura e hanno mostrato interesse, hanno promosso la comunicazione con gli infermieri. Tuttavia, la riluttanza dei pazienti a discutere la loro malattia e i sentimenti, la loro preferenza nel cercare supporto emotivo dalla loro famiglia o amici e il loro uso di segnali impliciti sono stati alcuni dei fattori che sono stati trovati per inibire la comunicazione. Un ambiente di reparto di supporto ha aumentato la compliance negli infermieri, mentre i conflitti tra il personale hanno portato a una maggiore inibizione da parte dei professionisti sanitari.

È emerso che le caratteristiche personali dei pazienti e degli infermieri sono i fattori chiave che influenzano un'efficace comunicazione infermiere-paziente all'interno del setting oncologico.

5. DISCUSSIONI

Dalla revisione della letteratura effettuata in tutti gli studi precedentemente esposti, si deduce che la relazione terapeutica è percepita sia dagli infermieri che dai pazienti come una parte fondamentale nel contesto delle cure palliative.

In particolare negli studi 1-2-4-6 i pazienti ritengono che le caratteristiche fondamentali per un infermiere che assiste i pazienti nella fase terminale della vita sono la predisposizione all'ascolto e al dialogo. Un buon infermiere è colui che mette a disposizione il suo tempo a favore del paziente.

Nel terzo studio l'infermiere viene definito dal paziente come membro della famiglia o buon amico. Solo in questo studio viene chiesto agli infermieri quale sia l'opinione che hanno rispetto al proprio lavoro.

Negli studi 3 e 6 si ritiene che una buona relazione terapeutica migliori lo stato di benessere fisico e psichico del paziente.

Negli studi 1-5-7-8 si evince che gli infermieri hanno una scarsa capacità di utilizzare le strategie comunicative, per cui si richiede una maggiore formazione di base e post-base. Negli studi 5-7 si sostiene che delle buone abilità comunicative dipendano dalla predisposizione interpersonale affiancata a dei percorsi di formazione aggiuntiva sulle varie tecniche di comunicazione. Vengono infatti suggerite la PEC e la COMFORT communication skill. Nel quinto studio ci si sofferma sul tocco terapeutico: è importante anche solo la vicinanza fisica dell'infermiere nel momento del pianto del paziente; non è necessario dialogare. Solo nel settimo studio viene menzionata l'importanza di conoscere il livello culturale del paziente, in modo da instaurare un dialogo adeguato.

Nello studio 9, a differenza di 5 e 7, si attribuisce a una comunicazione di qualità e quindi lo sviluppo di una buona relazione terapeutica infermiere-paziente, le caratteristiche interpersonali dell'infermiere, dell'assistito e un sereno ambiente lavorativo.

6. CONCLUSIONI

Riguardo l'obiettivo della revisione dalla letteratura è emerso che la relazione infermiere- paziente che si instaura nel contesto delle cure palliative è l'elemento fondamentale da coltivare nel fine vita. Tuttavia è estremamente complesso indagare un momento così delicato quale la fase terminale della vita ed è altrettanto complesso comprendere le giuste dinamiche comportamentali da mettere in atto.

L'infermiere è sicuramente il professionista sanitario che trascorre più tempo con il paziente, per cui quello che ha una maggiore responsabilità nello sviluppo di una sana relazione terapeutica. Tale relazione è vista in maniera positiva dal paziente sottoposto a cure palliative, sia domiciliari che negli hospice. Non è solo il paziente a trarre beneficio dalla relazione terapeutica, ma anche l'infermiere che si sente sicuramente gratificato.

Dalla revisione emerge che l'infermiere non ha un'adeguata preparazione nelle tecniche di comunicazione da mettere in atto per trattare un paziente che si trova in un momento estremamente difficile e delicato.

Nel nursing si è andata via via acquisendo una maggior consapevolezza dell'importanza della comunicazione che per anni è stata considerata un processo "spontaneo", affidato alla sensibilità e alle capacità del singolo operatore sanitario. Oggi tutto ciò non basta. Alle caratteristiche della persona si deve associare necessariamente la conoscenza delle tecniche di comunicazione. (Gatto, 2016).

Eppure proprio il Nuovo Codice Deontologico dell'infermiere pubblicato nel 2019 nell'art.4 mette in risalto come il tempo di relazione diventi inevitabilmente tempo di cura.

Nonostante questa visione positiva dell'interazione tra il malato e colui che si fa carico della persona, gli infermieri non si sentono ed effettivamente non sono adeguatamente formati sulle strategie di comunicazione ed anche sulle strategie di coping da mettere in atto per prevenire il burnout professionale, ad oggi molto diffuso.

Si può prevedere, pertanto, un'implementazione dei percorsi formativi sulle tecniche di comunicazione sia nella formazione di base, che nella formazione post base dell' Infermiere, in riferimento all'applicazione sinergica del ruolo tecnico, relazionale ed educativo (D.M. n 739/1994).

Sarebbe opportuno educare gli infermieri ad una maggiore empatia e all'attuazione dell'ascolto attivo. Non è tempo perso quello trascorso ad interloquire con i pazienti.

Per realizzare un'assistenza efficace e tutti gli obiettivi delle cure palliative è necessario un aggiornamento continuo del personale infermieristico in questo settore, dato il notevole coinvolgimento emotivo che porta l'accompagnamento di un paziente al fine della sua vita.

L'instaurare la relazione tra infermiere e paziente è uno degli aspetti più importanti nell'assistenza infermieristica. In questo elaborato si è cercato di mettere in evidenza che ogni persona è importante, unica e irripetibile, per cui nulla va dato per scontato.

Si è messa in risalto l'importanza della comunicazione con la persona, che aiuta a migliorare il benessere non solo psicologico, ma anche fisico. Quando l'infermiere riesce a porre la sua umanità al servizio di questo meraviglioso progetto d'aiuto, non solo la condizione della persona assistita migliora, fosse anche in fase terminale, ma la stessa qualità di lavoro dell'infermiere si eleva: la soddisfazione in ambito lavorativo è fondamentale per un professionista. Una relazione adeguata col malato può talvolta da sola far diminuire tutta una serie di sintomi come ansia, paura, angoscia ecc. e creare nel paziente un sollievo importante senza l'ausilio di farmaci.

Ad oggi la strada da percorrere è ancora lunga, ma è già sicuramente un primo passo riconoscere l'importanza che assume la relazione terapeutica instaurata con il paziente nelle cure palliative, in modo da rendere più accettabile un momento tanto difficile come quello del fine vita.

“Parla loro con tenerezza. Lascia che ci sia gentilezza sul tuo volto, nei tuoi occhi, nel tuo sorriso, nel calore del nostro saluto. Abbi sempre un sorriso allegro. Non dare solo le tue cure, ma dai anche il tuo cuore.”

Madre Teresa di Calcutta

BIBLIOGRAFIA

- Aceti T., Arcadi P., Arnofi S. “Commentario al nuovo codice deontologico delle professioni infermieristiche” 2020
- Canning D, Rosenberg J. P, Yates P, Therapeutic relationships in specialist palliative care nursing practice, *International journal of palliative nursing* 2007 **13** (5), 222-229
- Cattorini P.M. *Bioetica metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici* Brossura editore, (4 ed) 2011
- Cavallo D, Re Luca G, Lusignani M, “Caratteristiche ed efficacia della relazione terapeutica tra infermiere e utente: una revisione della letteratura”, *L’infermiere online notiziario aggiornamenti professionali* 2013, **50**:6:e99-e109
- Chapple A, Ziebland S, McPherson A, The specialist palliative care nurse: a qualitative study if the patients’ prospective *Interntational journal of nursing studies*, 2006, **43** (8) 1011-1022
- Cobbs E. L , Blackstone K, Lynn J, il paziente terminale *MSD Manuals* 2019
- Comerci G, Che nessuno muoia in occidente *La gazzetta filosofica* 2018
- Comitato nazionale per la bioetica: Accanimento clinico o ostinazione irragionevole dei trattamenti sui bambini piccoli con limitate aspettative di vita, 2020, pg.2
- Da Rin A, OPI Vicenza Il Consiglio Nazionale FNOPI approva il nuovo Codice Deontologico degli infermieri 2019
- De Hennezel M, “La morte amica lezioni di vita a chi sta per morire” 1998 (1 ed.) BUR Biblioteca Univ. Rizzoli
- D.M. 14 settembre 1994 n. 739 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* **6** 1995
- Di Santo S. , Etica il faro della professione infermieristica *nurse 24.it* 2016
- FNOPI Codice deontologico delle professioni infermieristiche 2019
- Grada A, Philips T.J, Ulcere da pressione *Manuale MSD* 2019
- Piolini R, Il malato terminale definizione, bisogno e gestione, 2018
- Di Todaro F, Ecco cosa prevede il testamento biologico, *Fondazione Umberto Veronesi* 2017

- Eid A, Petty M, Hutchins L, Thompson R. Breaking bad news: standardized patient intervention improves communication skills for hematology-oncology fellows and advanced practice nurses. *J Cancer Educ* 2009;**24**: 154–159.
- Ferrari A., I cinque assiomi della comunicazione umana *AFCformazione* 2019
- Fortuna L, Sintesi della relazione sul rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n.38 del 15 marzo 2010 anni 2015-2017, 2019.
- Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E. COMFORT: evaluating a new communication curriculum with nurse leaders. *J Prof Nurs* 2013;**29**:(388)–394.
- Jin J, Sklar GE, Min Sen Oh V, Chuen Li S. Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient’s perspective. *Ther Clin Risk Manag* 2008;**4**:(269)–86.
- Johnston, B., & Smith, L. N, Nurses’ and patients’ perceptions of expert palliative nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, **54**(6), 700–709
- Legge 22 dicembre 2017, n. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. *G.U Serie generale* 12, 2018
- Ministero della Salute “Disposizioni anticipate di trattamento- DAT” 2018
- Ministero della Salute “Le cure palliative” 2013
- Salvino Leone *Accanimento terapeutico cura, terapia o futilità?* Cittadella editrice (ed.1) 2009
- Terrill, A. L., Ellington, L., John, K. K., Latimer, S., Xu, J., Reblin, M., & Clayton, M. F., Positive emotion communication: Fostering well-being at end of life. *Patient Education and Counseling*, 2018, **101**(4), 631–638
- Tay, L. H., Hegney, D., & Ang, E. Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 2011, **9**(2), 151–164
- Maffei C.M, La rete delle cure palliative della Regione Marche: un’altra priorità (e criticità) da Piano, *Blog Marche Sanità* 2018
- Mastroianni C, Calvieri A, La rete di cure palliative: realtà hospice realtà domiciliare, *Medic journal campus*, 2014
- E.Mok, P.Chi Chiu, Nurse–patient relationships in palliative care *Journal of Advanced Nursing*, 2004 **48**(5), 475–483

- Oliver, D. P., Tappana, J., Washington, K. T., Rolbiecki, A., Craig, K., Demiris, G., Ellington, L. Behind the doors of home hospice patients: A secondary qualitative analysis of hospice nurse communication with patients and families. *Palliative and Supportive Care*, 2019 1–5.
- Ricchini F. Ho sentito parlare di cure palliative, cosa sono? *Fraparentesi*, 2018
- Carl Rogers, *La terapia centrata sul cliente*, 2013 – Giunti Editore
- Ryd , K., & Hjelm, K., How to support patients who are crying in palliative home care: an interview study from the nurses’ perspective. *Primary Health Care Research & Development*, 2016 **17**(05), 479–488.
- Stiro A: Nursing: La relazione fa parte del processo di cura, non va trascurata *Nurse 4.0* **26** 2017
- Wittenberg, E., Reb, A., & Kanter, E., Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum. *Seminars in Oncology Nursing*, 2018

SITOGRAFIA

- https://www.ahmis.it/wp-content/uploads/2018/06/2018_03-Piolini-Il-MalatoTerminale-28.03.2018.pdf (ultimo accesso il 23/09/20)
- <http://bioetica.governo.it/media/3957/m22-2020-accanimento-clinico-o-ostinazione-irragionevole-dei-trattamenti-sui-bambini-piccoli-con-limitate-aspettative-di-vita.pdf> (ultimo accesso il 23/09/20)
- <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/cardiologia/ecco-cosa-prevede-il-testamento-biologico> (ultimo accesso il 24/09/20)
- <https://www.fraparentesi.org/trp-hospice-e-cure-palliative/> (ultimo accesso il 24/09/20)
- <https://www.gazzettafilosofica.net/2018-1/maggio/che-nessuno-muoia-in-occidente/> (ultimo accesso il 21/09/20)
- <https://www.eutanasialegale.it/wp-content/uploads/2019/02/Sintesi-della-Relazione-sul-Rapporto-al-Parlamento-sullo-stato-delle-cure-palliative.pdf> (ultimo accesso il 24/09/20)

- <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0001/sg> (ultimo accesso il 27/09/20)
- <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg> (ultimo accesso il 27/09/20)
- <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2019/12/L-Infermiere-2013-n6.pdf> (ultimo accesso il 25/09/20)
- <https://www.marchesanita.it/home/blog/la-rete-delle-cure-palliative-della-regione-marche-un-altra-priorita-e-criticita-da-piano> (ultimo accesso il 1/10/20)
- <http://www.medicjournalcampus.it/fileadmin/MEDICS/archivio/vol1-2014/07Mastroianni.pdf> (ultimo accesso il 1/10/20)
- <https://www.msmanuals.com/it/professionale/argomenti-speciali/paziente-terminale/paziente-terminale> (ultimo accesso il 27/09/20)
- <https://www.msmanuals.com/it/professionale/argomenti-speciali/paziente-terminale/paziente-terminale> (ultimo accesso il 27/09/20)
- <https://www.msmanuals.com/it/professionale/disturbi-dermatologici/ulcere-da-pressione/ulcere-da-pressione> (ultimo accesso il 3/10/20)
- <http://www.salute.gov.it/portale/dat/dettaglioContenutiDat.jsp?lingua=italiano&id=4954&area=dat&menu=vuoto> (ultimo accesso il 23/09/20)
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3764&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=cure (ultimo accesso il 3/10/20)
- <http://www.nursenews.eu/2017/07/26/nursingla-relazione-parte-del-processo-cura/> (ultimo accesso il 15/10/20)
- <https://www.opivicenza.it/il-consiglio-nazionale-fnopi-approva-il-nuovo-codice-deontologico-degli-infermieri/> (ultimo accesso il 10/10/20)
- https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf (ultimo accesso il 10/10/20)
- <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/06/Commentario-Codice-Dentologico-Professioni-Infermieristiche-uv.pdf> (ultimo accesso il 10/10/20)
- <https://www.afcformazione.it/blog/i-5-assiomi-della-comunicazione-umana/> (ultimo accesso il 16/10/20)

- <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/etica-sanitaria-faro-professione-infermieristica.html> (ultimo accesso il 16/10/20)

RINGRAZIAMENTI

Oggi si concludono questi tre anni, i più duri, ma forse anche i più belli della mia vita.

Esco da questo percorso totalmente diversa da come ne sono entrata. Infermieristica non è solo un'università, un percorso di studi, qualcosa che fai tanto per passare il tempo. Infermieristica o la ami o la odi e se oggi ho raggiunto questo traguardo è perché so che sono destinata ad amarla.

Ringrazio in primis me stessa. Sono fiera della persona forte e coraggiosa che sono diventata, di come ho affrontato esami e tirocinio. Ci ho messo impegno, testardaggine, ma soprattutto tanto cuore. Grazie Ilaria, per una volta devi dirti che sei stata proprio brava.

Grazie mamma, papà, nonna, Emanuele, Umberto. So che in questi tre anni non sono stata una persona sempre così piacevole, anzi. Avete subito tutti quanti i miei momenti no, ma avete saputo sempre sostenermi e farmi vedere il lato bello delle cose. Mi auguro di avervi reso orgogliosa di me, questo traguardo è anche per voi.

Grazie Chiara, compagna di tanti sfoghi e futura collega. Non dimenticherò mai tutte le nostre chiacchiere, le esperienze condivise. La nostra è una grande amicizia, ti auguro la felicità, di trovare la tua strada e spero di poter lavorare insieme un giorno.

Grazie Martina, se dovessi dire qui cosa sei per me dovrei scrivere un romanzo. Mi limito solamente a dire che sei una delle poche persone che reputo amiche, sei davvero la mia spalla e so che ci saremo sempre l'una per l'altra. Sei la mia "complice in questo disordine".

Grazie Marika, il tuo sorriso e la tua allegria non sai quanto mi siano d'aiuto. Sei davvero una delle persone migliori che conosca e sono grata di averti nella mia vita.

Grazie Brenda, per aver scelto di volermi al tuo fianco nel tuo giorno speciale, ti ammiro per il senso di responsabilità e la tenacia che hai sempre dimostrato in tante situazioni della vita.

Grazie Aurora, se penso a “un’ amica del cuore” mi vieni in mente tu. Mi conosci davvero nel profondo e nonostante questo sei con me da 22 anni, abbiamo condiviso tanto, mi sei stata vicina in tutti i miei momenti no. Credo non ci sia legame più forte del nostro.

Grazie Alessia, anche tu mia amica da una vita, ammiro sempre la tua tenacia e la tua ambizione e mi auguro di vederti raggiungere i tuoi obiettivi, di poterli festeggiare insieme e di essere diligente e responsabile tanto quanto te. Ci sarò sempre, lo prometto.

Grazie Giorgina, compagna di medie e superiori, ma soprattutto compagna di vita. Nonostante le nostre strade si siano divise qualche anno fa siamo rimaste sempre l’una accanto all’altra. Grazie per accettare ogni mio difetto. Ti ammiro tanto per la persona stupenda e buona che sei. Non cambiare mai. Ti voglio davvero bene.

Grazie alle Dott.sse Paola Cannella e Tiziana Traini per avermi aiutato nella stesura della tesi. Siete sempre state un grandissimo esempio per me, mi avete insegnato cosa significa esercitare la professione con passione, dedizione e tanto amore.

Grazie Erica, per essere la persona speciale che ti sei rivelata in questi anni, per l’aiuto che mi hai sempre dato soprattutto nel percorso universitario. La nostra amicizia va oltre il tempo e la distanza, ricordalo sempre.

Grazie Angelo, per esserci stato nei momenti di risate, ma anche nei momenti di pianto, per non avermi mai giudicato e per essere un amico vero.

Grazie Andrea, Giorgio, Saverio, Francesco, Emanuele, Giorgio, Silvia, per avermi regalato sabati di grandi risate.

Grazie Alessio, sei entrato da poco nella mia vita, ma ti sarò sempre grata per averlo fatto. Sei stato in assoluto la persona che mi ha supportata e sopportata di più nell’ultimo periodo e so di non essere stata una fidanzata perfetta. Riesci sempre a farmi ridere di cuore e mi fai bene all’anima. Sei tutti i colori del mondo, il pezzo mancante del puzzle.

Grazie a Vale, Mauri, Chiara, Ale, Fortu, Gloria, Ale, Lucia, i miei colleghi da oggi, che sono stati miei compagni di viaggio in questo triennio. Sarete sempre parte del mio cuore e spero un giorno di poter lavorare con voi. Gli ospedali di tutto il mondo ci aspettano!

Grazie a tutti gli infermieri incontrati in questi tre anni, in particolare Teresa e Silvia, Francesca e Fiorella, Priscilla, Luisa, Silvia. Ognuno di voi mi ha insegnato qualcosa, che ha contribuito a rendermi la professionista che sono oggi.

E' solo l'inizio!

Questo traguardo è per tutti voi, vi voglio bene,

Ilaria.