

Alla mia meravigliosa famiglia,

A Gianmarco,

Alle mie splendide amiche.

INDICE

Abstract

Introduzione

1

CAPITOLO 1: La medicina narrativa come processo formativo

3

1.1 Definizione di Medicina Narrativa

3

1.2 Le Medical Humanities

6

1.3 Evidence Base Medicine, Evidence Base Nursing. Evidence Base Narrative e la Ricerca Qualitativa

7

1.4 Percorsi formativi in Medicina Narrativa

8

CAPITOLO 2: La necessità di una medicina per l'anima

11

2.1 L'attenzione alla persona

11

2.2 L'integrazione possibile tra paradigma empirico e paradigma interpretativo

12

2.3 Definizione dei vissuti di salute e malattia

14

CAPITOLO 3: Nursing narrativo come approccio innovativo

17

3.1 Definizione di narrative nursing

17

3.2 Il "prendersi cura"

18

3.3 Gli strumenti narrativi

18

3.4 L'empatia

20

CAPITOLO 4: Competenza relazionale

23

4.1 Che cosa significa comunicare

23

4.2 Gli assiomi della comunicazione

23

4.3 L'importanza della comunicazione nella relazione di cura

25

CAPITOLO 5: Revisione della letteratura

28

5.1 Obiettivo

28

5.2 Materiali e Metodi

28

5.3 Analisi dei risultati

30

5.4 Discussione

36

CAPITOLO 6: Conclusioni

40

Bibliografia

42

Sitografia

44

Ringraziamenti

45

Abstract

Background:

In un contesto in cui il progresso tecnologico occupa un ruolo centrale, si richiede un ritorno ad una cura più umana da parte del professionista, che sposti il centro dalla malattia alla persona con la sua esperienza di malattia.

Obiettivo:

Dimostrare l'efficacia della competenza narrativa e relazionale nel percorso formativo del professionista della salute.

Materiali e metodi:

I dati dello studio derivano da una revisione della letteratura, condotta attraverso la metodologia PICOM. Le principali banche dati interrogate sono state PubMed e Cinahl, con una conseguente integrazione degli studi mediante una ricerca libera tramite Google Scholar. Nel metodo di selezione degli studi sono state utilizzate le parole chiave come termini liberi combinandole con gli operatori booleani (AND o OR). Il totale degli articoli analizzati è 14.

Risultati:

L'analisi dei dati ha dimostrato che una formazione incentrata sulle pratiche narrative, consenta di fornire cure maggiormente umane verso il paziente, grazie allo sviluppo dell'empatia e della sensibilità interpretativa indotta nel professionista.

Conclusioni:

L'educazione alle Medical Humanities ed alla Medicina narrativa, determina un valore aggiunto per l'agire professionale, nel processo relazionale-assistenziale e nell'acquisizione di una conoscenza globale delle storie dei pazienti, al fine di elaborare corretti e personalizzati percorsi di cura.

Introduzione

L'obiettivo di questo progetto di ricerca è dimostrare come la Medicina Narrativa, e

conseguentemente il Nursing Narrativo, inseriti in un percorso assistenziale-educativo possano contribuire alla formazione di un'autentica relazione di cura, che conduca ad una maggiore comprensione della complessità della persona.

La letteratura ci suggerisce come la narrazione della malattia, stabilisca il punto di partenza del colloquio che si crea tra il curante ed il curato. Tramite il racconto il curato prende coscienza della sua condizione e della necessità di un confronto con l'altro-diverso-da-lui, una reciprocità che gli consente in ultima analisi di raggiungere il ritorno al suo precedente stato di benessere o, in un contesto cronico, conducendolo all'accettazione della propria condizione. Ad avvalorare questa tesi, subentra la nuova definizione proposta dall'OMS in merito alla salute, che viene descritta non solo come banale "assenza di malattia", ma come stato di benessere fisico-psichico e sociale cui l'individuo collabora in qualità di attore.

Lo scenario in cui si sviluppa questa necessità di proporre un nuovo modello formativo per la pratica infermieristica, è dato dalla co-esistenza di due paradigmi nell'ambito conoscitivo: quello empirico, fondato sul tradizionale modello bio-medico e quello interpretativo, fondato su un approccio umanistico.

L'orientamento che si vuole perseguire in questo lavoro non è schierarsi dalla parte di uno dei due paradigmi, bensì integrarli al fine di cogliere in modo globale la persona ed affrontare con la stessa globalità i suoi bisogni. Dall'integrazione di queste due metodologie che operano sulle storie dei pazienti, si dimostra come ne scaturisca un approccio assistenziale più specifico, sensibile ed individualizzato per affrontare il bisogno assistenziale del paziente.

E' emerso come per anni l'immane progresso tecnologico avesse determinato una prevaricazione del modello bio-medico, concentrandosi a lungo unicamente sulla datià fisica della persona, trascurando l'aspetto psicologico ed interiore. Il nuovo modello di assistenza proposto è di tipo fenomenologico poiché valorizza il soggetto e le sue percezioni, aspetti che possono essere colti soltanto mediante la pratica narrativa, che consente di entrare e considerare i mondi di vita altrui.

L'unione della Medicina narrativa, del nursing narrativo e la pratica delle Medical Humanities consentono un approccio consapevole nell'agire professionale, concedendo una chiave d'accesso universale alla realtà altrui, altamente soggettiva e differenziata tra

gli individui.

CAPITOLO 1 La medicina narrativa nel processo formativo

1.1 Definizione di Medicina Narrativa

E' doveroso citare il manifesto da cui nacque la definizione di pratica medico narrativa: "Narrative Medicine- Honoring the stories of Illness". (Rita Charon, 2000)

L'autrice nel proprio elaborato descrive come negli anni 2000 si era sviluppato uno scenario in cui il progresso tecnologico e scientifico aveva raggiunto il suo apice, permettendo un miglioramento dell'approccio clinico-diagnostico della malattia. Pur riconoscendo la notevole importanza di una medicina più attenta alla cura della malattia in termini clinici, riconosce d'altro canto che questo tipo di agire medico non è sufficiente per comprendere ed onorare le storie dei pazienti, storie di vita e malattia. Viene sottolineato che i medici, nonostante le loro ampie potenzialità scientifiche non possiedono capacità umane, che consentano loro di riconoscere le difficoltà e di estendere l'empatia verso chi soffre nella malattia. Il medico deve assumere una "postura narrativa", unendosi onestamente alla lotta del paziente verso la guarigione.

Il punto focale della medicina narrativa è rappresentato dalla *competenza narrativa*, che si delinea come la capacità di riconoscere, assorbire, interpretare ed essere commossi dalle storie di malattia, storie che il professionista deve sempre onorare. La Charon propone una nuova cornice per l'assistenza medica, che possa essere più efficace della medicina tradizionale precedente, che poca importanza aveva riservato alla comprensione empatica dell'altro.

Il contributo maggiore dell'autrice è stato mettere in luce da un punto di vista interno, la sofferenza da parte del corpus dei professionisti stanchi di una medicina concepita come un frammento di burocrazia. Una concezione che aveva espropriato il processo assistenziale del suo stesso fondamento. L'agire medico deve essere indirizzato all'assioma del "prendersi cura" della persona sofferente, così com'era alle origini della medicina stessa. Una medicina tecnica non basta, dal momento che mira a curare soltanto l'aspetto oggettivo della malattia, tramite un atto clinico e terapeutico specifico. Questo presupposto ha portato le scuole di medicina, soprattutto negli ultimi decenni, ad introdurre degli adeguati programmi di formazione per i professionisti della salute, cercando di abituarli alla pratica empatica, ad un agire sentito e sensibile verso chi soffre, per recuperare il concetto fenomenologico della persona intesa come essere unitario, costituito da due parti inscindibili tra loro: il corpo e la sua corporeità.

Nella sua analisi la Charon, descrive la figura di un medico che progressivamente si indurisce di fronte alla sofferenza altrui, agendo in maniera impersonale, forse per protezione verso un sentimento routinario e talmente intenso che non si è in grado di gestire, se non con le giuste abilità. Per operare un'assistenza di qualità il professionista deve attuare un coinvolgimento autentico verso una determinata situazione di cura, ma questo coinvolgimento può essere praticato soltanto vengono forniti, sul piano educativo, i prerequisiti fondamentali della compassione, che si concretizzano nella capacità percettiva ed interpretativa della sofferenza.

La migliore assistenza deve ambire alla qualità della cura.

L'autrice afferma che la medicina narrativa consente al professionista di entrare nel mondo del paziente, anche solo in maniera fantasiosa, per interpretare e percepire completamente il suo punto di vista personale. Solo così il medico o le altre figure sanitarie potranno conoscere cosa significa per quel paziente provare dolore. *“Il ricorso alla conoscenza narrativa consente ad una persona di comprendere la difficile situazione di un'altra, partecipando alla sua storia con complesse capacità di immaginazione, interpretazione e riconoscimento. Con tale conoscenza entriamo nei mondi narrativi degli altri e li accettiamo come veri. La conoscenza narrativa osserva da vicino i singoli esseri umani alle prese con le proprie condizioni di vita, questo consente di percepire l'universale rivelando il particolare”*(Rita Charon: storie di malattia).

Come ci suggerisce l'autrice, la medicina in questo senso, può attingere ad altre discipline, quali antropologia e psicologia, che già da tempo avevano concepito la narrazione come strumento di conoscenza, che struttura l'esperienza di vita rivelandone il significato. Inoltre la medicina narrativa non si sofferma alla descrizione di questo nuovo ideale di assistenza sanitaria, ma fornisce in maniera accurata gli strumenti indispensabili per sviluppare questo stesso ideale; infatti i programmi educativi proposti in seguito alla nascita di questa nuova disciplina vertono sul processo di lettura, scrittura creativa, etnografia e programmi di formazione psicoterapeutica. In accordo con i pedagogisti soltanto in questo modo i professionisti saranno in grado di identificare il reale significato delle parole, dei comportamenti, dei silenzi e soprattutto acquisiranno la competenza di trasferire i propri pensieri verso l'altro, al fine di cooperare insieme

per un ritorno al benessere della persona.

Nell'introduzione dell'articolo "*Narrative Medicine: A model for Empathy, Reflection, Profession and Trust*" (Rita Charon, 2001), l'autrice descrive il colloquio tra una giovane donna affetta dalla malattia di Charcot-Marie-Tooth, una neuropatia ereditaria, e il suo medico curante, che durante una visita di controllo le chiede informazioni sullo stato di salute del figlio di 7 anni. La donna esordisce sottolineando che nonostante la sua speranza nel fatto che suo figlio fosse sfuggito al destino della sua famiglia, aveva iniziato a presentare i sintomi tipici della malattia e la donna seppur in attesa del referto neurologico che lo confermasse, era conscia e sicura che presto avrebbe visto concretizzarsi ciò che aveva sempre temuto, descrivendo apertamente la sua sofferenza e sottolineando che per lei fosse difficile fare i conti, dopo sette anni, con una realtà davvero dura da affrontare. Il medico utilizzò la pratica narrativa, ponendosi in una condizione di ascolto attivo verso la donna e trascrivendo il suo caso, per poi mostrarglielo alla visita successiva.

La donna attraverso le parole del medico si rese conto di quanto la sua angoscia fosse reale e non soltanto immaginaria, come la descrivevano i suoi familiari e si sentì sollevata nel sapere che il medico comprendeva il suo dolore, e questo la portò ad aprirsi nuovamente al dialogo con lui, descrivendo le sue preoccupazioni e le sue emozioni nel non sentirsi compresa da chi le stava vicino, come appunto le sorelle.

Quindi la Charon prosegue l'articolo mettendo in luce un'ulteriore aspetto della competenza narrativa che, se messa in atto, non solo conduce ad una relazione di cura più umana ed attenta al paziente, ma consente nel complesso di offrire cure autentiche e maggiormente efficaci. Potremmo affermare, grazie a questa nuova competenza introdotta nell'educazione del professionista, che il più potente strumento terapeutico in possesso del medico, come di altri professionisti, in realtà sia il sé, un sé che è dalla parte del paziente grazie alla comprensione empatica e un sé disponibile verso lo stesso, grazie alla pratica riflessiva. Infatti proprio la pratica riflessiva consente al professionista di relazionarsi con il problema dell'altro, attraverso una preoccupazione tutt'altro che distaccata. Attraverso una riflessione attenta, medici e pazienti, posso giungere ad una consapevolezza e comprensione più accurata delle sequele della malattia, al fine di collaborare per poterle gestire, questo è reso possibile dalla stessa

pratica riflessiva che illumina degli aspetti di vita del curato e del curante, destinati a rimanere in ombra.

La Charon nel suo articolo riporta il pensiero della studiosa letterata Barbara Stein. Ecc. che definisce il “discorso narrativo” come “qualcuno che racconta a qualcun altro qualcosa che è successo”, sottolineando che l’esigenza narrativa rappresenta una specie di comunione tra narratore ed ascoltatore, tra lettore e scrittore. Il lettore narrativamente competente o ascoltatore, si rende conto che il significato di qualsiasi narrativa, va giudicato alla luce della sua situazione narrativa: chi lo racconta? chi lo ascolta? Come e perché viene raccontato? La competenza narrativa indica che il metodo di apprendimento del significato è un processo collaborativo che si interpone tra due persone che interagiscono, ad esempio il fisico ed il paziente. La medicina per sua natura è inter-soggettiva perché è fondata su una relazione in cui un essere umano si affida ad un altro, che tenta a sua volta di aiutarlo. Dunque, se il medico non è in grado di adempiere ai compiti narrativi, potrebbe indurre il paziente a raccontare la sua storia in maniera non accurata o completa, posto che quest’ultimo non si senta pienamente ascoltato. Di conseguenza l’intero percorso diagnostico risulterebbe non corretto e necessitante di un ulteriore punto di vista.

E’ fondamentale stabilire relazioni profonde ed autentiche di cura, perché la superficialità non condurrebbe ad un’adeguata comprensione dell’altro.

1.2 Medical Humanities.

Posto che la medicina narrativa rappresenti un’efficace strumento per la conoscenza della malattia, ci si chiede come in ambito medico-sanitario si possa acquisire questa competenza narrativa ed ermeneutica. Un primo giovamento si ha nell’introduzione delle Medical Humanities sul piano pedagogico.

Le Medical Humanities consentono di sanare quella frattura creatasi nel tempo tra scienze esatte e scienze umane, determinando un corretto approccio narrativo-ermeneutico.

Facendo riferimento ad alcuni risultati della letteratura si può affermare come un corretto utilizzo della pratica narrativa migliori la qualità di vita del paziente, consentendogli di ritrovare se stesso dopo l’esperienza malattia.

1.3 Evidence Base Medicine, Evidence Base Nursing, Evidence Base Narrative e la Ricerca Qualitativa

Rispetto a quanto emerso dalla letteratura a partire dagli anni 2000 la medicina compì uno sforzo notevole nel voler ampliare i propri confini d'intervento. Così accanto ad un *Evidence-Based-Medicine*, (una scienza volta ad indirizzare le migliori scelte di cura in ambito clinico-assistenziale, in base alle evidenze scientifiche disponibili), nacque una *Narrative-Based-Medicine* (disciplina che, al contrario della precedente, recupera l'aspetto qualitativo, sottolineando l'importanza di acquisire, interpretare e rispondere alle storie di malattia).

La NBM restituisce voce al paziente, all'interno della relazione, ma necessita al contempo della medicina narrativa, che consente di operare una svolta ulteriore, rivestendo il professionista sanitario del ruolo di soggetto operante che collabora per l'elaborazione di un vero e proprio progetto terapeutico per l'assistito. *“A tal proposito la medicina narrativa, guardando la malattia in termini educativi e formativi, conferisce un valore aggiunto alla medicina tradizionale, riferendosi contemporaneamente al risultato diagnostico, terapeutico e comunicativo”*. (Sergio Bellantonio, 2016)

Secondo molti autori un rapporto medico-paziente di questo tipo, favorisce l'aderenza del paziente al processo terapeutico. Questo perché dall'ascolto della narrazione della malattia, il professionista comprende il significato profondo, cogliendo quell'aspetto soggettivo che si nasconde dietro al dato clinico oggettivo. In questo modo il paziente raccontando la sua illness collabora al processo di guarigione, cercando di trovare un punto d'incontro con il professionista che si pone al suo fianco, non più in una posizione di subordinazione, ma di parallelismo. La relazione di cura diventa un atto collaborativo tra le due parti considerate. Pertanto la comunicazione assume un'importanza decisiva, per migliorare la comprensione del paziente del processo “malattia”, il *decision making* nei confronti della terapia da seguire ed infine favorisce il *patient trust*, ossia la fiducia riposta nella relazione di cura stessa. In accordo con le correnti teorico-filosofiche la narrazione sul piano psico-pedagogico rappresenta uno strumento di formazione per ridefinire la propria identità perduta, durante e dopo l'esperienza di malattia.

1.4 Percorsi formativi in Medicina Narrativa

*A vent'anni dalla sua nascita la comunità scientifica della medicina narrativa sta proseguendo un processo di riflessione e definizione dei suoi assunti, a partire da quello di competenza narrativa. Partiamo da quello che dovrebbe essere un punto fermo: **la competenza narrativa**. Che cosa ne sappiamo?* (Francesca Memini, Venusia Covelli,2019).

Secondo le autrice è necessario acquisire la competenza narrativa, intesa come l'agire sensibile ed empatico verso le storie di malattia. Nei suoi articoli Rita Charon parla di "attenzione, rappresentazione e connessione" come le abilità che caratterizzano tale competenza.

In Italia la Conferenza di Consenso "*Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative*" promossa nel giugno 2014 dall'Istituto Superiore di Sanità, ha definito la competenza comunicativa come punto cardine e specifico della medicina narrativa; e la narrazione è *lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura*. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato (storia di cura). Il medico terapeuta J.Launer, cita nei suoi scritti Vera Kalitzkus e Peter Matthiessen, che avevano identificato una serie di abilità come parti della competenza narrativa in ambito clinico:

- sensibilità al contesto dell'esperienza di malattia e alla prospettiva del paziente;
- capacità di formulare una diagnosi in un contesto individuale anziché nel contesto di una descrizione sistematica della malattia e della sua eziologia;
- capacità di comunicazione narrativa, quali l'esplorazione delle differenze e delle connessioni, la formulazione di ipotesi e – la condivisione del potere;
- l'auto-riflessione.

Una recente pubblicazione (Milota, 2019) ha identificato un modello di formazione comune, proposto dall'autrice Rita Charon, descritto nelle principali pubblicazioni scientifiche, basato su un processo in tre step:

- 1) avvio di un processo riflessivo, a partire dal close reading,(lettura e analisi in

profondità di una narrazione di malattia o di un testo letterario, un film, un'opera d'arte o un brano musicale);

2) un'attività di scrittura o di riflessione personale;

3) un momento di condivisione e discussione in gruppo degli step precedenti.

Il primo step prevede il *close reading*, ossia una lettura attenta che si sviluppa a partire dallo studio della letteratura. All'ascoltatore/lettore nell'approccio alle storie di vita narrate, viene richiesta la stessa competenza narrativa usata nella lettura attenta di un testo letterario, al fine di comprendere la complessità morale che risiede al loro interno. Lo scopo del *close reading* è di *farsi coinvolgere profondamente con le persone e le loro storie, comprendendo come "il significato di un testo è veicolato nella relazione dinamica tra ciò di cui si racconta e come è costruita la narrazione"* (Charon, 2006)

Il secondo elemento è *la Scrittura riflessiva o scrittura creativa*.

Dopo aver discusso di un testo in plenaria, il formatore invita i partecipanti a scrivere un testo ispirato ad uno stimolo che è stato mostrato loro.

L'aspetto distintivo della scrittura riflessiva è che non vengono fornite delle linee guida su come strutturare il testo o su quali aspetti sviluppare, per rappresentare in maniera fedele e sincera ciò che è stato evocato dallo stimolo.

In seguito ad un primo momento di scrittura viene chiesto a ciascuno di leggere la propria storia al fine di farsi trasportare dai contenuti ascoltati.

Un ascolto attivo ha i suoi benefici poiché consente di comprendere quali interpretazioni suscita il testo, quali stati d'animo sono evocati, quali allusioni percepite, quali ricordi richiamati in memoria o idee suscitate.

Ascoltandosi leggere ad alta voce, i partecipanti al corso si rendono conto di come essi stessi usino differenti forme di scrittura per esprimere un determinato contenuto. Inoltre la scrittura riflessiva rappresenta il fondamento di uno dei principali strumenti narrativi: la cartella parallela. Attraverso questo strumento, l'operatore sanitario è invitato ad assorbire il racconto e l'esperienza di malattia del paziente, parallelamente alla raccolta dati dell'esame obiettivo.

E' bene distinguere una scrittura riflessiva da una scrittura creativa, dal momento che l'una è finalizzata alla comprensione ed espressione di sé, l'altra all'acquisizione di una capacità di scrittura letteraria.

L'ultimo elemento è la condivisione di gruppo. Obiettivo della condivisione in gruppo è giungere alla “comprensione della sofferenza dei pazienti, insieme con la capacità di analizzare il proprio percorso” (Charon, 2006, trad. it. 2019).

I gruppi di cui parla la Charon non sono gruppi di supporto o di terapia, bensì gruppi di formazione. Durante quest'ultimo step, secondo il dottore Launer, il primo aspetto su cui focalizzarsi non è la reazione emotiva suscitata dall'ascolto del testo, quanto più la struttura logica del testo stesso. Questa attenzione rivolta alla struttura e quindi al narratore, determina la comprensione delle varie forme di espressione che l'altro-diverso-da-noi, adotta per raccontare le sue emozioni.

In seguito, si invita il gruppo all'ascolto attivo della propria “voce”, per poi passare alla fase successiva durante la quale, con tre semplici domande (cosa vedi; cosa senti; cosa vuoi sapere) si cerca di facilitare il dialogo tra i partecipanti del gruppo. Il lavoro di gruppo termina dedicando uno spazio finale all'individuazione di eventuali somiglianze tra le varie narrazioni proposte dagli operatori.

A questo modello strutturale il terapeuta Launer(2018) propone l'introduzione di un nuovo gradino che contribuisca al complesso formativo, ossia lo sviluppo di una competenza interrogativa, il cui obiettivo è quello di utilizzare quesiti che possano dare spazio allo sviluppo di una narrazione anziché delimitarla o connotarla. Launer riprende l'autore Karl Tomm (1988), che aveva sviluppato il concetto di conversazioni che invitassero al cambiamento “*conversations inviting change*”, riproponendo le quattro categorie di domande identificate dall'autore per consentire alla persona di esplorare dentro di sé e costruire la sua narrazione:

- *domande lineari* (utili per raccogliere informazioni contestuali),
- *circolari* (domande che colgono l'interazione tra i vari elementi del sistema),
- *strategiche* (suggeriscono intenzionalmente qualcosa al paziente),
- *riflessive* (invitano a vedere gli eventi sotto una diversa prospettiva).

CAPITOLO 2: La necessità di una medicina per l'anima

2.1 L'attenzione alla persona.

Per meglio comprendere l'argomento preso in analisi, sopraggiunge la necessità di definire in termini reali il campo materiale di studio: la persona.

La persona è al contempo soggetto-percepente ed oggetto-percepito. Partendo da questo assioma è facile comprendere che tale fenomeno nell'insieme interessi vari ambiti epistemologici, umanistici quanto scientifici.

Le varie discipline pur avendo un comune denominatore, analizzano l'oggetto di ricerca da differenti *"punti di osservazione"*, andando a cogliere la dimensione di maggior interesse correlata alla persona.

A questo punto è necessario entrare nell'ambito fenomenologico del dualismo Husserliano, che identifica nell'individuo una componente materiale, il corpo *"Korper"* ed una immateriale, la corporeità *"Leib"*.

Trasponendo tale distinzione in ambito conoscitivo, si rilevano due ambiti d'indagine per gli studiosi: l'analisi bio-medica e l'analisi interpretativa-intersoggettiva.

Un dualismo in realtà univoco, perché ambedue le componenti convogliano nella definizione dell'individuo concepito come unità.

"L'uomo può essere esperito "esteriormente", nella sua datità fisica ed "interiormente" nella sua "vita psichica", ma l'esperienza interna e l'esperienza esterna sono entrambe necessarie all'unità dell'esperienza."(Artioli, Marcadelli, 2010)

Nello specifico ciò che interessa l'ambito infermieristico è asserire l'uomo nella sua globalità, andando ad agire al contempo su *"leib"* e *"korper"*. L'uomo viene considerato, in accordo con gli studiosi, come unità di senso, un'unità che vive e fa esperienze mediante la relazione con il mondo e gli altri. Solo nella relazione con l'altro, l'individuo ritrova se stesso.

Da qui l'importanza di stabilire un rapporto autentico di cura tra colui che assiste e l'assistito, fondato sulla reciprocità dell'io e del tu, che consenta il passaggio logico dall'unità alla molteplicità.

2.2 L'integrazione possibile tra paradigma empirico e paradigma interpretativo.

Nell'ottica fenomenologica in cui la persona veniva concepita non solo come "corpo-macchina", ma anche come corpo-soggetto, si auspica al recupero della dimensione umana dell'assistenza, già presente nella medicina ippocratica, la quale non faceva riferimento unicamente alla malattia come un danno-guasto al "corpo-macchina", bensì prendeva in considerazione il "corpo-soggetto", indagandone la sofferenza correlata alla patologia.

La concezione meccanicistica della persona-paziente trova fondamento nel pensiero del Cinquecento, quando il progresso tecnologico-scientifico oscurò l'approccio interpretativo nell'analisi di un fenomeno, come la malattia.

Conseguentemente si perse l'attenzione rivolta al soggetto in qualità di essere vivente e pensante, come sistema aperto in costante relazione con l'universo e con gli altri. Questo modo di pensare in realtà rappresentò da subito un ostacolo dal momento che il soggetto è per sua natura un essere-in-relazione, che esplica la sua esistenza soltanto grazie al suo agire empirico, costruendo il proprio mondo-della-vita.

La concettualizzazione della concezione meccanicistica del corpo come macchina che ha un suo funzionamento, emerge anche nel pensiero Cartesiano, che per primo scompose la conoscenza dell'uomo in *res cogitans*(spirito) e *res extensa*(corpo).

Il tendere continuare a nuove scoperte in ambito medico fece sì che il centro d'interesse si spostasse verso uno studio più dall'interno della malattia, fino a portare alla parcellizzazione del corpo umano, sfumando sempre più l'idea di uomo come "sistema complesso". Questo cambio di direzione del sapere inficiò notevolmente anche il rapporto relazionale medico-paziente, in cui il professionista divenne una figura dominante, l'unico in grado di riparare il "guasto" indotto dalla malattia. Ben presto però le posizioni empiriche ed verificazioniste, risultarono insufficienti in merito alla reale interpretazione di un fenomeno, determinando un forte immobilismo nell'ambito conoscitivo bio-medico, conducendo gli studiosi all'elaborazione di teorie scientifiche che rispecchiavano una "chiave momentanea di accesso alla realtà", una comprensione parziale del fenomeno.

Le scienze umane e quelle esatte dovrebbero cooperare nella crescita del sapere, al fine di analizzare un fenomeno in maniera completa, nella sua natura di "sistema

complesso”. Alla corrente fenomenologica si accostò la nuova definizione di salute proposta dall’OMS, che come già segnalato nell’introduzione del presente elaborato, determinò il passaggio da un modello patogenico, interessato unicamente all’eziologia della malattia, ad un salutogenico, in cui si misero in luce i comportamenti ambientali e personali che contribuivano allo stato di benessere dell’individuo.

Il soggetto in questi termini assunse un ruolo centrale nella promozione della propria salute e questa svolta paradigmatica indirizzò gli studiosi verso un processo di umanizzazione della medicina, una medicina che per sua natura è già umana. Gradualmente si giunse ad una consapevolezza maggiore nei confronti dell’uomo e del suo mondo della vita, un mondo percepito e vissuto soggettivamente, a cui viene attribuito un significato del tutto personale ed intimo, che deve essere compreso. Inoltre il nuovo orizzonte interpretativo che emerse nel dopo guerra, momento storico che sottrasse tanto alla dignità umana, portò alla nascita di una nuova medicina, quella antroposofica. L’idea alla base della medicina antroposofica è l’accettazione del paradigma della complessità, secondo cui per contrastare la malattia bisogna rivolgersi alle sue molteplici accezioni, non solo soffermandosi a quelle correlate al corpo fisico, ma prendendo in considerazione tutte le forze componenti l’organismo, anche soprattutto di natura psicologica. Ponendo poi tali forze al servizio del processo di guarigione. Questa nuova concezione portò ad un mutamento anche dell’approccio terapeutico non più farmacologico, ma sorretto da ideali di matrice pedagogica ed antropologica.

Inoltre la scienza antroposofica promulgava l’esistenza di tre tipi di corpo:

- corpo eterico, l’insieme delle forze biologiche;

- corpo astrale, i sentimenti;

- corpo egotico, lo spirito.

Questa distinzione rende evidente la nuova accezione proposta dalla scienza antroposofica che, per lo stesso motivo, venne considerata una pseudo-medicina, al pari dell’omeopatia, rappresentando però la pietra miliare dell’integrazione tra principi etici e metafisici nell’approccio al soggetto-paziente.

A conclusione di capitolo, riprendiamo quanto già detto nel paragrafo precedente. Il nuovo paradigma epistemologico ed interpretativo voleva porsi in linea con le nuove

filosofie del Novecento , appunto fenomenologia ed esistenzialismo. Si propose, dunque, l'interpretazione del corpo come insieme di fattori psichici e biologici, indissolubilmente connessi nell'essere unitario, ossia l'uomo.

Il corpo rappresentava il luogo in cui abitavano le emozioni, traccia della propria esistenza nel mondo, strumento di conoscenza di sé, costruzione e consolidamento della propria identità, cognizione del proprio essere. Da qui si recupera il concetto del mondo -della-vita, quel mondo soggettivo sopracitato. Un mondo di cui spesso il soggetto stesso non ha consapevolezza, fino a quando non subentra il fenomeno malattia al suo interno, che va ad interrompere il normale flusso di esperienze cui molto spesso il soggetto riserva un'attenzione sfumata.

Proprio partendo da questi presupposti è necessario proporre un'integrazione tra i due paradigmi, al fine di stabilire delle relazioni autentiche di cura, che non si soffermino unicamente alla conoscenza del dato quantitativo, ma che attribuiscono a questo dato un aspetto soggettivo offertoci dall'individuo con cui interagiamo.

2.3 Definizione dei vissuti di salute e malattia.

“La malattia, ossia la perdita di equilibrio, non si riferisce soltanto ad un fatto medico-biologico, bensì anche ad un avvenimento biografico e sociale. Il malato non è più la stessa persona di prima. Viene meno. Si trova escluso dalle sue normali condizioni di vita. Al ripristino di quelle condizioni egli resta, tuttavia, legato proprio in qualità di malato, ossia di individuo cui viene meno qualcosa” (GADAMER 1994) e ancora “[...] la malattia non è principalmente ciò che la scienza medica dichiara come tale, ossia l'esito di un accertamento verificabile, bensì un'esperienza dell'individuo sofferente”.

Occorre modificare l'ottica con cui ci si accosta alla persona malata. Come segnalato in precedenza la persona nell'esperienza vissuta costruisce il proprio essere, la propria individualità. Bisogna guardare la malattia con gli stessi occhi di chi vive questa esperienza, per creare un progetto assistenziale efficace, finalizzato al recupero della salute. Una salute intesa come benessere, cioè uno “stare bene”, altamente specifico ed individualizzato. Parimenti la malattia viene ridefinita come esperienza soggettiva, cui la persona attribuisce un significato personale.

In assonanza con questo pensiero è bene riproporre la classificazione operata da Kl

einman, il quale utilizza termini inglesi per definire le diverse accezioni di malattia: *illness, sickness e disease*.

Il termine *disease* determina un agire rivolto esclusivamente alla patologia organica, di conseguenza tutto è incentrato sulla clinica diagnostica, tecnicizzata all'estremo dove solo il medico agisce in qualsiasi contesto.

Sickness è il riconoscimento sociale dell'essere ammalato. Anche in questo caso solo al medico è consentito il potere di legittimazione del ruolo di ammalato alla persona. Infine l'*illness*, l'esperienza che la persona fa del proprio stare male. E' il termine attorno cui si sviluppa l'interno scenario della medicina narrativa. Inoltre è evidente che non possa esistere un'*illness* senza una reale *disease*, poiché quest'ultime sono indissolubilmente connesse. L'esistenza dell'una è condizionata dall'esistenza dell'altra. Parlando di *illness*, a differenza delle definizioni precedenti, viene attribuito un ruolo di primo piano al paziente, l'esperto della malattia.

E' l'*illness* a costituire la base del racconto del paziente, racconto che a sua volta rappresenta il punto di partenza nel percorso anamnestico da cui ricavare i dati per la diagnosi. Ciò annovera un'ulteriore ed indispensabile interpretazione del termine malattia, che viene identificata come una rottura autobiografica per la persona. Una rottura intesa in senso letterario, dal momento che va a minare l'equilibrio strutturato nel mondo della vita di un individuo. La malattia interrompe il flusso della vita, si insinua e sconvolge la quotidianità, portando la persona ad un senso di smarrimento della propria esistenza, del proprio essere nel mondo. Questa confusione iniziale può essere modulata sulla base di una relazione autentica, che consenta all'individuo di esprimersi come soggetto narrante e non unicamente come oggetto della malattia. E' proprio tramite il colloquio e la narrazione che la persona ritrova se stessa, che riacquisisce quel senso perduto della vita, per porre nuovamente le basi della propria esistenza. Secondo Good(1994) le malattie non si verificano nel corpo, ma nella vita. Quindi hanno un tempo ed luogo in cui si esprimono nella loro sofferenza.

Il riconoscimento della malattia come rottura autobiografica, sposta l'attenzione sull'importanza della relazione di cura. Gli studiosi della pedagogia hanno evidenziato un aspetto fondamentale, mostrando come molto spesso nei contesti di cura una relazione efficace sia in realtà collegata a temperamenti individuali di chi ascolta, ossia

il professionista della salute, piuttosto che a specifiche skills che dovrebbero essere proprie della formazione offerta a quest'ultimo.

Notando tale aspetto la pedagogia umana si è interrogata a lungo su quale potesse essere il punto di partenza per un corretto piano educativo da rivolgere, nello specifico, al professionista infermieristico. E' bene sottolineare, ancora una volta, che l'interesse infermieristico è quello di avvicinarsi al paziente interpretandolo in maniera sistematica.

CAPITOLO 3: Nursing narrativo come approccio innovativo

3.1 Definizione del Narrative Nursing

Per trattare nello specifico il concetto di “*narrative nursing*”, viene proposta l’analisi del testo “Nursing narrativo: un approccio innovativo per l’assistenza”.(Silvia Marcadelli, Giovanna Artioli, 2010)

Nel testo il metodo narrativo, come suggerisce il titolo , viene descritto come un modo innovativo di avere cura della persona, ponendola realmente al centro del processo assistenziale, per comprendere la sua essenza, i suoi “perché”, il suo modo di porsi relativamente alla storia di vita e di malattia.

La narrazione rappresenta uno strumento strutturale, che conferisce un corpus logistico alle parole, che in questo modo ricostruiscono il senso dell’esperienza vissuta dalla persona.

In una nuova prospettiva “patient-centred” nata alla fine degli anni ’90, la narrazione viene veicolata come uno elemento centrale nel rapporto relazionale fra infermiere e paziente: la conoscenza dell’individuo e dell’unità assistenziale, che costituisce la persona, si sviluppa come processo, come un ciclo metodologico, che vede i due momenti principali nell’accoglienza e nella conoscenza(terapeutica ed umana). In accordo con le autrici il momento dell’accoglienza è cruciale, poiché è proprio in questo contesto che vengono poste le domande di assistenza da parte dell’assistito, domande che l’infermiere deve tradurre in bisogni. L’infermiere deve essere in grado di accogliere un bisogno relativo ad un problema di salute, in maniera del tutto autentica e pura, sviluppando parimenti una relazione rassicurante, in cui la persona si senta compresa e non giudicata. La lettura infatti, verte molto sul concetto di “epoche fenomenologica” che si sviluppa nella relazione di fiducia. Questo impostazione comportamentale, coniata dal filosofico Husserl, descrive la “sospensione del giudizio” la “messa tra parentesi”, in accordo con le parole usate dal fenomenologo, della nostra tesi, della nostra convinzione. Solo adottando un ascolto empatico, riflessivo e privo di giudizio è possibile arrivare al vero significato dell’essenza della persona e dei relativi suoi vissuti. Il questo modo si alimenta la relazione assistenziale, che diviene pura, che si apre all’accoglienza dell’altro e del suo mondo interpretativo e soggettivo. Il secondo

momento, centrale nella relazione, è la conoscenza ed il progetto. Una volta rilevati i bisogni umani ed i problemi assistenziali della persona, si deve passare alla formulazione di un piano di assistenza, un progetto che però deve essere collaborativo e acquisire significato per tutti gli attori che vi partecipano: infermiere, paziente e famigliari. Il racconto a questo punto diventa principale, perché tramite esso si acquisisce il significato. La comprensione empatica trova qui la sua massima espressione, perché accoglie la diversità dell'altro, del significato attribuito ai suoi vissuti, soltanto in questa misura è possibile creare un progetto altamente personalizzato ed individuale per la persona assistita, una persona dotata di unicità ed irripetibilità, che non si presenterà mai allo stesso modo di un'altra.

3.2 Il “prendersi cura”

Dopo aver approfondito quali siano gli assiomi per una corretta formazione del professionista è bene focalizzarsi su un altro aspetto importante: il campo di applicazione dell'assistenza infermieristica.

Ricollegandosi al primo capitolo, si chiarifica l'evoluzione continua che ha interessato l'approccio infermieristico negli anni, un approccio in origine globale, ma ben presto dominato dal modello bio-medico, per poi tornare ad un'impostazione qualitativa e relazionale. Il riferimento concettuale per l'elaborazione di un nuovo pensiero che indirizzi la pratica assistenziale è rappresentato dalla fenomenologia husserliana, in quanto la prospettiva fenomenologica consente di conoscere la realtà da un nuovo punto di vista : “il modo del significato, il quale è indissolubilmente legato all'esperienza vissuta di tale realtà in ciascun individuo” (zannini,2008).

Pertanto, in accordo con gli studiosi, occorre soffermarsi su un'ulteriore connotazione specifica della relazione assistenziale-relazionale, che è la pratica del “prendersi cura”, del “to care”.

“Il prendersi cura è l'essenza dell'assistenza infermieristica, secondo il nostro modo di vederla, poiché è in esso che si concretizza quella premura di cercare una direzione di senso all'esperienza vissuta” (Silvia Marcadelli, Giovanna Artioli, 2010).

3.3 Gli strumenti narrativi

Launer (2002) propone alcuni concetti per un approccio narrativo ai problemi dei

pazienti. Essi sono:

- Conversazioni;
- Curiosità;
- Circolarità;
- Contesto;
- Co-creazione;
- Cautela.

I due fondamenti principali sono sicuramente: conversazioni e co-creazione. Le conversazioni nell'approccio narrativo diventano uno strumento di trattamento per il paziente. Nella conversazione vediamo un interlocutore impegnato nell'invito continuo al paziente a considerare i suoi problemi attraverso una nuova cornice interpretativa del problema, al fine di raggiungere una coesione tra problem solving e problem dissolution.

A tal proposito si fa riferimento alla co-creazione, che indica il fatto che le storie vengono co-costruite nella relazione di cura. Infatti le relazioni sono un processo tra due parti, in cui gli attori della medesima intrecciano le loro storie originali al fine di crearne una del tutto nuova e condivisa. La relazione di cura rappresenta un colloquio tra due persona connotato da una maggiore consapevolezza: non si parla di una mera struttura dialogica, poiché l'argomento trattato è piuttosto rilevante nella sua complessità. Il professionista in questo contesto assume un ruolo duplice, quello di partecipante e valutatore all'interno della nuova storia di cura veicolata. L'infermiere deve saper calibrare coinvolgimento e distacco, al fine di sviluppare una relazione assistenziale equilibrata che consenta. Il coinvolgimento presuppone la vicinanza rivolta al malato, il distacco invece esorta ad un'attenta interpretazione della storia di vita al fine di valutare i progressi operati dalla persona in termini di accettazione ed adattamento alla nuova condizione di vita.

Sicuramente in riferimento all'approccio narrativo, lo strumento che possiede maggiore importanza è il metodo dialogico tra le due parti, ma ulteriori sono i metodi di comunicazione e relazione che prevedono una diversa pratica narrativa: l'agenda del paziente, la scrittura autobiografica di malattia ed infine il therapeutic emplotment.

L'agenda del paziente è "ciò che il paziente porta con sé e con la sua malattia" (nursign narrativo), rappresenta il vissuto introdotto nella relazione assistenziale.

Nell'organizzazione di questo strumento si trovano quattro dimensioni principali:

- I sentimenti del paziente;
- Le sue idee e interpretazioni riguardo alla malattia;
- Le aspettative ed i desideri riguardo a ciò che deve essere fatto;
- Il contesto familiare, sociale e lavorativo.

Queste quattro dimensioni (Artioli, Amaducci, 2007)

possono essere trasformate in domande specifiche finalizzate ad ottenere la comprensione del vissuto del paziente. In questo senso l'agenda del paziente si configura come strumento per l'impostazione del progetto assistenziale.

L'ultimo strumento è il *therapeutic emplotment*, ossia il racconto terapeutico. Nel rapporto comunicativo-relazionale, si instaura un processo interpretativo della storia del paziente, cercando di delinearne una trama (plot), al fine di intraprendere una direzione significativa dell'evento malattia. In questo senso al professionista sono richieste delle competenze specifiche: creatività, abilità cliniche e narrative, abilità di ascolto attivo, abilità di negoziazione. In questo contesto il racconto del paziente diviene un orizzonte comune di senso, al fine di prefigurare una nuova storia di cura e di qualità per il curato.

3.4 L'empatia

La scrittura autobiografica di malattia è ciò che viene scritto in maniera del tutto spontanea da parte della persona malata, rispetto alla sua personale esperienza. anche in questo caso si presuppone uno scambio reciproco ed empatico tra chi legge e chi scrive, vertici di una relazione. In questo contesto l'infermiere deve esercitare intenzionalmente l'empatia, poiché solo trasponendosi nella vita altrui, può comprendere il vero significato alla base del racconto, delle parole e dei silenzi utilizzati.

“Soltanto con l'entropatia, col costante dirigersi delle osservazioni e dell'esperienza verso la vita psichica rappresentata insieme con corpo vivo estraneo, e sempre presa obiettivamente insieme col corpo vivo, si costituisce la conchiusa unità uomo, unità che

poi io traspongo su me stesso” (E.Husserl).

Scrivere della propria esperienza consente di dare senso a ciò che accade nel mondo della vita. Narrare se stessi, le proprie preoccupazioni, i propri avvenimenti, restituisce la visione del mondo che si ha. Quando il paziente scrive di sé e della sua malattia, ritrova il senso che aveva perduto poiché da ordine a quel caos, a quella sequela di eventi che lo ha trasportato in un nuovo mondo della vita, con connotazioni del tutto differenti rispetto al precedente. L’obiettivo è scrivere per essere, per comprendere il significato della propria storia. Una storia senza senso è una storia interrotta.

“Raccontare è qualcosa di più che ricordare: è ri-membrare, ovvero “ricostruire il corpo” della propria esperienza che il rincorrersi delle azioni e situazioni aveva “smembrato” rendendolo inconoscibile persino a noi stessi”. (Atkinson,2002). E ancora “la narrazione rende esplicito l’implicito, porta alla luce ciò che è nascosto, dà forma a ciò che non ha forma e porta chiarezza dove c’era confusione”. Il termine empatia deriva dal greco, “en-pathos “sentire dentro” e consiste nel riconoscere le emozioni degli altri come se fossero proprie, calandosi nella realtà altrui per comprenderne il significato.

E’ la pratica narrativa che consente di attuare questo assioma principale, perché permette al professionista di entrare nel mondo narrativo del paziente. L’empatia è un’abilità sociale, che consente di afferrare non solo il senso oggettivo di ciò che asserisce l’interlocutore, ma di cogliere il significato psico-emotivo, l’aspetto umano.

Questo ci consente di espandere la valenza del messaggio, cogliendo elementi che spesso vanno al di là del contenuto semantico della frase, esplicitandone la meta-comunicazione, cioè quella parte veramente significativa del messaggio, espressa dal linguaggio del corpo, che è possibile decodificare proprio grazie all’ascolto empatico. Il concetto di empatia è ben definito all’interno della fenomenologia husserliana, che riconosce in essa un’esperienza mediante la quale un interlocutore cerca di comprendere le intenzioni di un altro attore sociale. L’empatia è una forma di conoscenza verso se stessi e verso l’altro, che ci consente di conoscere e comprendere ciò che è diverso da noi.

La studiosa che meglio ha definito e approfondito tale concetto è Edith Stein, la quale

parla dell'empatia come "ponte metodologico" capace di confrontare, studiare e comprendere l'altrui visione del mondo, volgendo il proprio sguardo al nuovo, al diverso. L'obiettivo è eliminare i pregiudizi di ogni sorta per tracciare un cammino davvero libero di relazione.

L'empatia è un cammino con l'altro, che mira ad oltrepassare la nostra visione del mondo, giungendo ad una visione intersoggettiva dotata di significato comune. La comprensione empatica in ambito assistenziale, diventa una metodologia di conoscenza dei significati di salute e malattia.

L'ascolto attivo, l'attesa dei tempi dell'altra persona, il creare un ambiente accogliente senza giudizi, aperto all'esperienza e ai significati altrui sono tutte le caratteristiche relazionali che l'infermiere deve attuare consapevolmente. L'obiettivo è designare un reciprocità relazionale che consenta l'empowerment dell'assistito che si trova in una condizione di malattia. L'infermiere in questo senso viene asserito nella sua professione come attore della connessione di due mondi, quello della cura e quello dei significati soggettivi dell'altro.

"Assistere una persona malata, prendersi cura della sua storia e dei suoi bisogni, espressi nel suo mondo di relazioni di mondo di vitale quotidiano, significa per l'infermiere, contemplare tra i propri strumenti professionali, l'attenzione, l'osservazione, la vicinanza e l'accoglienza: queste sono tutte modalità operative che legittimano la relazione come obiettivo professionale" (Artioli , 2004)

Attraverso la narrazione il professionista riesce a percepire delle dimensioni non oggettivabili, a dare consistenza ed evidenza e concretezza a ciò che non è palpabile, a ciò che è instabile e dinamico. Ciò che egli raccoglie dal vissuto di ogni persona, ha lo scopo di ampliare, integrare, personalizzare l'osservazione oggettiva e la misurazione, in una visione complessa e globale della persona, per poter in futuro impostare un progetto di assistenza altrettanto misurabile, quanto personalizzato.

CAPITOLO 4 COMPETENZA RELAZIONALE

4.1 Che cosa significa comunicare

La **comunicazione** è una forma di interazione sociale attraverso cui due o più soggetti dotati di intenzionalità comunicativa condividono significati, attraverso un canale e un codice condiviso.

Per comprendere il concetto di comunicazione si presenta la “teoria dei sistemi”.

Un sistema è per sua definizione: un insieme organico di elementi semplici in relazione tra loro.

In ambito clinico-assistenziale i due sistemi che interagiscono sono: infermiere e paziente.

I due punti centrali attorno a cui si sviluppa la comunicazione sono il “contenuto” rappresentato dal messaggio che si intende trasmettere all’altro, e la relazione ossia come ci si pone nella dialettica.

Comunicare significa essenzialmente condividere se stesso con un altro diverso da me.

4.2 Gli assiomi della comunicazione

L’assioma è un principio essenziale, certo e verificato. Nella “Pragmatica della comunicazione umana” Paul Watzlawick (1967) riconosce nell’assioma una proprietà della comunicazione interpersonale, che si riscontra nella relazione tra gli individui. Gli assiomi della comunicazione auspicano alla formulazione di una comunicazione efficace, esente da fraintendimenti ed incongruenze. L’autore specifica come gli assiomi della comunicazione siano proprietà insite nella comunicazione che hanno implicazioni relazionali.

- Primo assioma: è impossibile non comunicare

Il presupposto è che una comunicazione esiste sempre, ma effettivamente può essere inconsapevole. Ogni parola, azione, postura e persino il silenzio sono

realtà cliniche e comunicative, e per questo quando ci relazioniamo con l'altro non dobbiamo chiederci se voglia comunicarci qualcosa, ma porre l'attenzione sul "come" lo fa.

- Secondo assioma: contenuto, relazione e meta-comunicazione.

Il secondo assioma analizza i due livelli principali della comunicazione: il contenuto e la relazione. Vuole sottolineare come un messaggio non rappresenti una mera trasmissione di contenuto, ma contiene in sé dei significati interpretativi del tipo di relazione. Ogni comunicazione si accompagna ad una meta-comunicazione, ci svela la natura della relazione tra i due interlocutori.

- Terzo assioma: la natura della comunicazione deriva dalla punteggiatura della comunicazione.

La comunicazione varia a seconda della mia visione della realtà, una visione che si sviluppa in itinere quando viene comunicata. L'interpretazione della realtà e la sequenza con cui io mi pongo rispetto ad un evento, descrive il mio punto di vista rispetto ad esso. Per questo motivo bisogna sviluppare la capacità di mettersi in ascolto, di entrare in empatia con l'altro durante la relazione, al fine di comprendere le sue interpretazioni.

- Quarto assioma: coincidenza della comunicazione digitale e analogica. Watzlawick definisce come "digitale" la comunicazione verbale, mentre "analogica" quella non verbale. Una comunicazione efficace si verifica quando questi termini coincidono e cooperano nel veicolare uno stesso messaggio. Quando si deve veicolare un'informazione è importante scegliere bene il come: a volte le parole sono indispensabili, altre volte sono di troppo. Perché la comunicazione sia efficace è necessario che questi sistemi coincidano: tutte le componenti devono trasmettere il medesimo messaggio.

- Quinto assioma: scambi comunicativi simmetrici e complementari. La comunicazione efficace presuppone un parallelismo, una simmetria tra i due sistemi in relazione, in cui l'uno non deve in alcuno modo prevaricare sull'altro. Al fine di creare una comunicazione efficace gli assiomi e le tipologie di comunicazione devono essere rispettati. Pertanto la comunicazione definisce un aspetto fondamentale nella vita dell'uomo poiché rappresenta il fulcro di tutte le nostre relazioni. Gli assiomi ci hanno dimostrato che non esiste un

comportamento senza comunicazione: qualsiasi sia la reazione messa in atto essa è volta ad esprimere un significato.

Imparare ad avere una comunicazione di successo, imparando a essere più ricettivi ed empatici, possono permetterci di relazionarci meglio con gli altri e con la società.

4.3 L'importanza della comunicazione nella relazione terapeutica

ART. 4 - RELAZIONE DI CURA

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,2019)

Nei capitoli precedenti ci si è interrogati su quale sia una corretta pedagogia per il professionista di cura e come la medicina narrativa e successivamente il nursing possano giovare alla relazione terapeutica. In questo determinato contesto si ha una rivalutazione di quelli che sono gli assiomi della comunicazione, del colloquio con l'altro, al fine di mettere in atto una pratica narrativa ed empatica fondata sulla volontà di porsi in maniera sincera nel rapporto relazionale.

La psicopatologia ermeneutica, ossia la disciplina che indaga l'interiorità, considerare la relazione tra medico-paziente come condizione e premessa ad ogni suo agire. Non si può giungere ad una conoscenza reale e dialettica dei problemi psicologici e umani, ma anche ovviamente clinici, se non ci si immerge nell'interiorità dei pazienti. Gli assiomi della comunicazione dialogica, che emergono nel rapporto con l'altro, sono l'arte di ascoltare, l'arte dell'accogliere, l'abilità dell'essere empatico: abilità ed arti conseguite solo tramite un corretto piano educativo.

Si richiede una forma mentis specifica a colui che opera nei contesti di salute e malattia allo scopo di diventare egli stesso diventi strumento terapeutico per l'altro. In una delle sue liriche più belle ed insondabili il poeta tedesco Fredrich Holderlin dice: Molto ha esperito l'uomo.

Molti celesti ha nominato

Da quando siamo un colloquio

E possiamo ascoltarci l'un l'altro.

Indicando che il colloquio sia di per sé, struttura dell'esistenza dell'uomo.

Nell'ambito della relazione terapeutica, quando il colloquio si trasforma in un dialogo autentico, le identità del medico e del paziente si confondono, il colloquio cessa di essere un mero scambio di informazioni diventando una comunicazione tra due mondi (Aldo Stella, 2004).

Il focus della relazione d'aiuto è per il medico, formulare una corretta diagnosi in merito al "sistema complesso" che è il paziente, mentre per il paziente è guarire dalla malattia. In questo contesto interviene la medicina narrativa, come strumento che consenta al curato di prendere coscienza di sé ed al curante di percepire in termini assoluti l'altro-diverso-da-me. Parimenti per realizzare la salute, risulta fondamentale la disponibilità offerta dal medico nell'accogliere la storia del suo paziente. A questo punto si sviluppa il concetto di empatia. Il primo impatto tra professionista ed utente, che spesso coincide con il primo colloquio, è un momento fondamentale per l'instaurarsi di una relazione, soprattutto per individuare le basi di una buona alleanza terapeutica.

In questa fase è necessario creare la giusta accoglienza e praticare il giusto ascolto. Il momento dell'accoglienza è la fase preliminare nel processo di comunicazione. Accogliere l'altro significa considerarlo nella sua condizione di individuo dotato di soggettività, unico ed irripetibile. Il messaggio inviato dall'infermiere capace di ascoltare è importante, poiché valorizza la centralità della persona che gli sta di fronte, del suo problema e la disponibilità nei suoi confronti.

Il curato richiede una comunicazione che entri con discrezione, ma significativamente nel suo vissuto interiore al fine di aiutarlo nel percorso di riacquisizione del proprio benessere. In ogni comunicazione, uno dei fattori principali, è l'ascolto attivo, un'arte difficile da acquisire, poichè deriva da un precedente silenzio interiore durante cui il professionista riesce ad udire se stesso.

Al professionista viene richiesto di metterlo in atto l'epochè fenomenologica, ossia la

sospensione del giudizio personale, che potrebbe minare o addirittura bloccare la comunicazione con l'altro. Esiste, inoltre, una "distanza ideologica" ottimale da conoscere e da rispettare; questo significa comprendere se il sofferente ha avuto e può avere ancora dei modelli di riferimento che lo sostengano. A volte si propongono i propri valori e i propri ideali anche se il malato non è in grado di assimilarli; serve invece risvegliare quelli che lui ha ritenuto importanti ed ha vissuto. Il tempo è l'elemento più prezioso da donare all'altro.

Offrire alla persona il dono del tempo, riveste di importanza la persona stessa. Attraverso la narrazione all'interno della relazione terapeutica l'infermiere esplora l'esistenza dell'altro. Posti questi presupposti la qualità della relazione e della comunicazione è fondamentale. Il professionista nel processo dialogico svolge una funzione terapeutica e di supporto, con lo scopo di stabilire un'interazione efficace ed altamente personalizzata volta al soddisfacimento dei bisogni, al recupero dell'autonomia e all'adattamento allo stress indotto dalla malattia. La comunicazione dà alla persona un senso di sicurezza rinforzando la sua percezione di non essere sola e di avere qualcuno che l'ascolti.

Una comunicazione inadeguata, d'altro canto, può provocare frustrazione, collera, depressione e senso di isolamento. Per prevenire queste condizioni, la peculiarità dell'infermiere sta nel saper coinvolgere l'assistito in una relazione terapeutica che si fondi sulla fiducia e sull'empatia, che lo renda partecipe e riduca al minimo le reazioni avverse.

Per far ciò è necessario che l'infermiere riceva un'adeguata *forma mentis*, per garantire una prestazione assistenziale, che aiutino la persona a seguire il suo percorso di cura.

CAPITOLO 5: Revisione della letteratura

5.1 Obiettivo

L'obiettivo della ricerca è analizzare la letteratura scientifica per dimostrare che le competenze relazionali e narrative, inserite nella formazione e nella pratica infermieristica, consentano di creare relazioni di cura autentiche e più efficaci.

5.2 Materiali e metodi

Per rispondere al quesito di ricerca è stata condotta una revisione delle banche dati PubMed e Cinahl. Ad integrazione degli articoli selezionati è stata condotta una ricerca libera tramite Google Scholar, ResearchGate e Academia.

Inoltre sono stati presi in analisi i volumi:

“Nursing narrativo: un approccio innovativo per l'assistenza”;

“Narrative medicine. Onoring the story of Illness”.

Per la costruzione delle stringhe di ricerca è stato utilizzato l'acronimo PICOM, escludendo il confronto con altri interventi. **(Tabella 1)**

P-POPOLAZIONE	Personale medico-infermieristico
I-INTERVENTO	Formazione narrativa
C-CONFRONTO	/
O-OUTCOME	Efficacia della relazione di cura
M-METODO	Revisione della letteratura
QUESITO DI RICERCA	La formazione narrativa fornita al personale medico-infermieristico è in grado di migliorare la relazione di cura e l'approccio al paziente?

Tabella 1. Struttura PICOM utilizzato per la Ricerca

Nella ricerca sono state utilizzate le parole chiave come termini liberi e combinandole con gli operatori booleani:

- “Narrative Medicine”
- “Narrative Nursing”
- “Narrative based-medicine”

- “Relational competence AND communication”
- “Relationships AND narrative nursing”
- “Narrative care approach AND nurse*”.

Gli studi selezionati dalla letteratura sono stati 14.

5.3 Analisi dei risultati

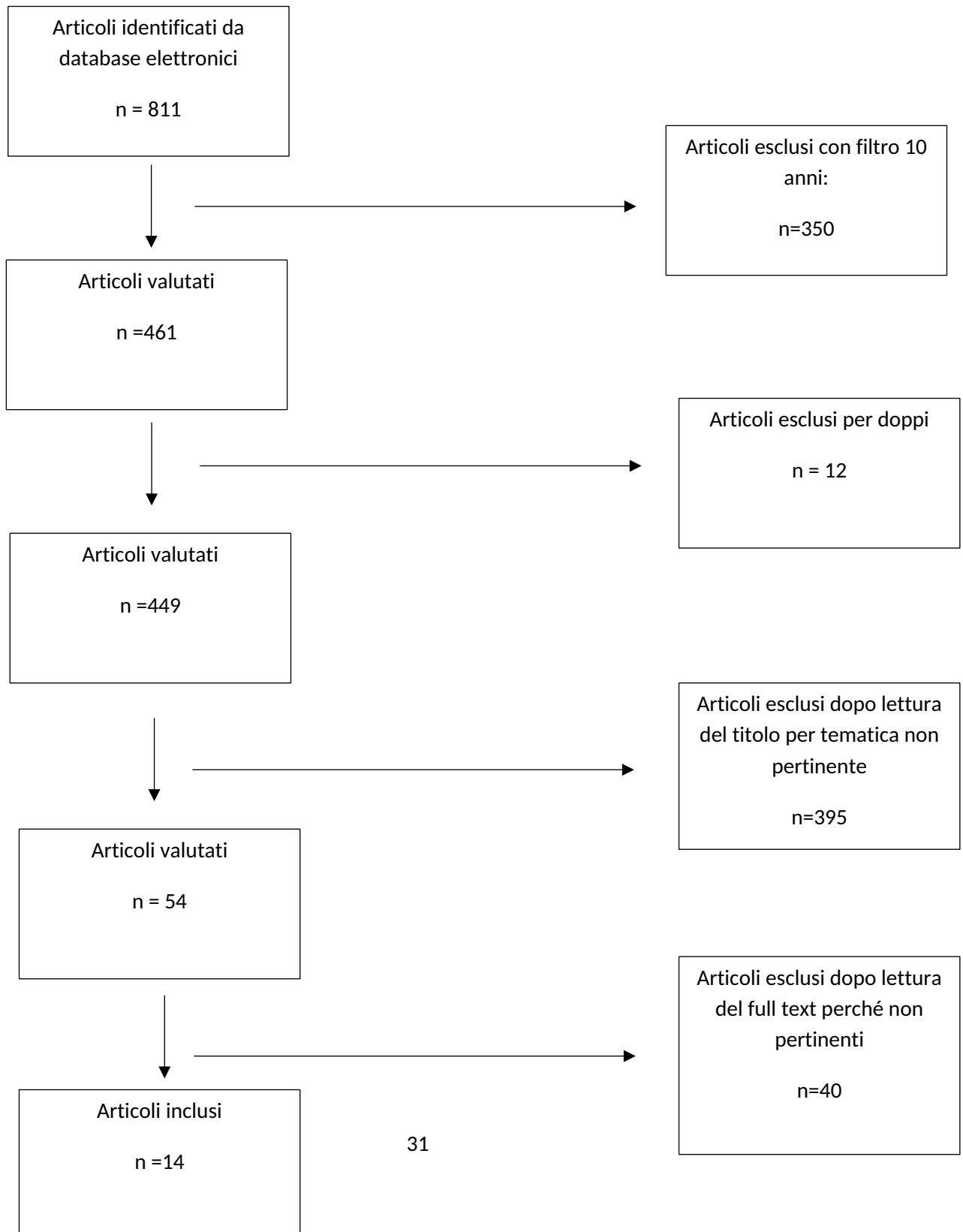


Tabella riassuntiva dei risultati (2)

Articolo	Autore/i-rivista-anno	Tipo di articolo	Caratteristiche Partecipanti	Obiettivo	Risultati
Narrative Medicine. A model for Empathy, Reflection, Profession and Trust.	Rita Charon JAMA 2010	Revisione della letteratura	Medici, studenti di medicina	Lo scopo di questo studio è dimostrare come nel processo formativo, l'integrazione tra la medicina pratica e narrativa offra nuovi orizzonti di cura più efficaci.	La formazione sistematica e rigorosa in abilità narrative come la lettura ravvicinata, la scrittura riflessiva e il discorso autentico con i pazienti, rivolta al professionista sanitario, in questo caso il medico e gli studenti di medicina, migliora considerevolmente il processo di cura rivolto al paziente. Il professionista raggiunge una nuova consapevolezza nel <i>care</i> .
Does narrative medicine education improve nursing students' empathic abilities and academic achievement? A randomised controlled trial.	Ningxi Yang et al. Journal of international Medical Research 2018	Trial clinico randomizzato-controllato	Studenti infermieri	Determinare l'efficacia dell'intervento narrativo per il miglioramento della capacità empatiche e sul rendimento	I risultati dello studio hanno mostrato che gli studenti del gruppo 3 (coloro che avevano ricevuto interventi di formazione in medicina narrativa di natura pratica e teorica) hanno mostrato capacità empatiche e risultati accademici più elevati rispetto agli studenti del gruppo

				to scolastic o da parte degli studenti di infermier istica.	1(studenti sottoposti a normale educazione medica). I punteggi di empatia degli studenti, misurati con Jefferson scale, del gruppo 3 sono aumentati bruscamente dopo l'intervento a due termini.
Medicina Narrativa: quale formazione per la competenza narrativa	Francesca Memini, Venusia Covelli Medical Humanities& Medicina narrativa Rivista di pedagogia generale e sociale 2020	Revisione della letteratura	Medici, infermieri	Prendend o spunto da alcune esperienz e e riflessioni personali sulla formazion e in medicina narrativa, le autrici aprono possibili strade di indagine e confronto.	La letteratura scientifica mostra che la medicina narrativa, nei suoi 20 anni di storia, sta prendendo una forma più definita su un piano teorico e metodologico. Permangono ancora alcuni limiti.
Quale pedagogia per la professione infermieristica	Lorenza Garrino Medical Humanities& medicina narrativa rivista di pedagogia sociale e generale 2020	Revisione delle letteratura	infermieri	Dimostr are l'import anza delle Medical Humaniti es nella formazio ne del professio nista, al fine di raggiung ere quelle compe nze narrative e relazona	Il contributo che la pedagogia offre alla formazione degli infermieri non è legata unicamente all'acquisizione di conoscenze, quanto piuttosto all'offerta di esperienze basate su metodi innovativi. Il discente viene stimolato e supportato a costruire quella "professionalità riflessiva" e sensibile capace di

				li, che consenta no di adottare una prospettiva patient-centered.	fare appello a un esercizio interiore, riferito ad un modo di guardare, ascoltare nella prospettiva del “prendersi cura degli altri”.
La medicina narrativa come approccio patient-centered in ambito medico sanitario: prospettive pedagogiche ed intervento formativo	Sergio Bellantonio Pedagogia della cura. Famiglie, comunità, legami sociali 2016	Revisione della letteratura	Medici, infermieri	Sottolineare l'importanza della medicina narrativa nel processo pedagogico e formativo.	Questo studio ha evidenziato che per stabilire delle relazioni che curano, il professionista deve adottare una prospettiva patient-centred attraverso l'utilizzo di pratiche lavorative ispirate ai principi della medicina narrativa.
Learning the patient's story.	Sandra L.Ragan-Elisa Kanter	Revisione della letteratura	Infermieri	Proporre un breve riassunto dello scenario della medicina narrativa e sottolineare la sua importanza nel migliorare e la qualità di cura rivolta al paziente.	Insegnare agli infermieri nei reparti oncologici le abilità della medicina narrativa, migliorerà il processo di assistenza e la relazione infermiere-paziente.
The structure and contents of the helping relationship as a nursing psychotherapeutic intervention:	Joana Coelho-Francisco Sampaio Carlos Sequeira - Mar Lleixà Fortuño Juan Roldán Merino	A modified e-Delphi study	infermieri	Lo scopo di questo studio è dimostrare e che la relazione d'aiuto	I risultati mostrano che l'infermiere per attuare una valida relazione d'aiuto, deve possedere delle

A modified e-Delphi study	RMN Wiley 2020			sia un intervento psicoterapeutico infermieristico.	conoscenze specifiche (conoscenza di sé e conoscenza della persona) ed atteggiamenti di empatia e rispetto al fine di aiutare l'assistito.
Clinical Competence in Nursing – an Essential Virtue	Manojkumar M-Parameswari.M-Hema.V.H International Journal of Nursing Education 2022	Cross-sectional	Studenti infermieri	Lo studio mira ad esaminare la competenza clinica percepita degli studenti dell'ultimo anno di B.Sc. Infermieristica, sottolineandone l'importanza.	I risultati hanno dimostrato che gli studenti dell'ultimo anno possiedono moderate competenze cliniche, indotte dall'esperienza integrata ad un'attenta formazione.
Le Medical Humanities nella formazione del futuro professionista infermiere: uno studio qualitativo	Chiara Cardinali , Sara posla. Medical Humanities&Medicina Narrativa 2021	Studio qualitativo	infermieri	Gli obiettivi dello studio qualitativo svolto sono stati: valutare il grado di soddisfazione, di gradimento e la percezione e dell'utilità a livello personale e professionale, da parte dei partecipanti al progetto.	I risultati hanno dimostrato che le medical humanities nella formazione possono efficacemente supportare gli studenti nell'apprendimento dall'esperienza e nella costruzione di una riflessività consapevole.

<p>“How do we use the time?” – an observational study measuring the task time distribution of nurses in psychiatric care</p>	<p>Andreas Glantz-Karin Örmon-Boel Sandström BMC nursing 2019</p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>infermieri</p>	<p>Questo studio è stato introdotto per evidenziare e come la comunicazione nell'ambito della relazione terapeutica richieda, oltre ad un'adeguata formazione, il giusto tempo per praticarla.</p>	<p>Gli infermieri che lavorano nell'assistenza psichiatrica ospedaliera trascorrono poco tempo a diretto contatto con i pazienti. Di conseguenza, è difficile stabilire relazioni terapeutiche con i pazienti.</p>
<p>Nursing Student's relational skills with elders Improve through Humanitude Care Methodology</p>	<p>Rosa Candida-Carvalho Pereira Melo-Paulo Joaquim Pina Queiros-Luiza Hiromi Tanaka Liliana Vanessa Lucio Henriques Hugo Leira Neves International Journal of Environmental Research and Public Health 2020</p>	<p>Studio descrittivo</p>	<p>Studenti infermieri</p>	<p>Questo studio mira ad identificare le difficoltà degli studenti nell'interazione, le cause delle difficoltà nell'interazione, le strategie utilizzate per ridurre queste difficoltà e l'importanza attribuita alla sequenza strutturata delle procedure di assistenza umanitaria.</p>	<p>Questo studio ha evidenziato come gli studenti infermieri possano beneficiare dello sviluppo delle abilità relazionali attraverso la formazione, incorporando un senso nell'uso delle strategie di comunicazione. Raggiungere questo richiede un cambiamento di prospettiva nella formazione infermieristica.</p>
			<p>infermieri</p>		

<p>A Narrative Care approach for persons living with dementia in institutional care settings</p>	<p>Charlotte Berendonk PhD, RN- Bodil H. Blix PhD, RN</p> <p>International journal of older people nursing Wiley</p> <p>2019</p>	<p>Revisione della letteratura</p>		<p>Lo studio fornisce un approfondimento sull'efficacia dell'approccio narrativo nel setting assistenziale.</p>	<p>L'approccio proposto per la cura narrativa aiuta il professionista a prendere atto dell'importanza dell'esperienza dell'altro al fine di rispettare le narrazioni dei pazienti ed aprire spazi per co-comporre nuove narrazioni. Inoltre l'approccio narrativo veicola il professionista ad impegnarsi in pratiche narrative e riflessive che modellano il suo essere.</p>
<p>Narrative Medicine as a medical education tool: a systematic review.</p>	<p>M. M. Milota, G. J. M. W. van Thiel, and J. J. M. van Delden</p> <p>Julius Center for Health Sciences and Primary Care</p> <p>2019</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Studenti di medicina</p>	<p>La medicina narrativa è stata promossa come mezzo innovativo ed efficace per stimolare lo sviluppo professionale degli studenti di medicina, insegnando loro ad affrontare le esperienze di malattia dei loro pazienti con maggiore comprensione e compassione.</p>	<p>I risultati della revisione hanno dimostrato che la medicina narrativa è uno strumento pedagogico efficace con una struttura e metodologia chiara, che ha un impatto positivo sugli atteggiamenti, conoscenze ed abilità.</p>

Narrative based-medicine and the general practice consultation.	George Zaharias Canadian Family Physician 2018	Revisione sistematica	Medici Infermieri	Questo studio è stato condotto per aumentare la consapevolezza della medicina basata sulla narrativa (NBM) come approccio prezioso che se praticato, porterebbe benefici sia al paziente che al medico.	Questo articolo esamina la NBM in relazione all'assistenza centrata sul paziente e alle abilità richieste. Proprio le abilità della medicina basata sulla narrativa migliorano il metodo centrato sul paziente e l'approccio basato sull'evidenza.
What is narrative-based medicine?	George Zaharia Canadian Family Physician March 2018	Revisione della letteratura	Medici Infermieri	L'obiettivo dello studio è riportare la centralità sul rapporto medico-paziente, delineando la medicina narrativa come valore aggiunto.	Questo articolo delinea cos'è la NBM e i suoi vantaggi. Considerando la storia del paziente come centrale, la medicina narrativa sposta l'attenzione del medico dalla necessità di risolvere i problemi clinici alla necessità di comprenderli.

5.4 Discussione

Alla luce dei risultati ottenuti dall'analisi specifica della letteratura, è emerso che la pratica narrativa inserita nella formazione del professionista rappresenta un valore

aggiunto non solo per se stessi, ma soprattutto per il paziente e la relazione terapeutica. L'antropologa Rita Charon per prima ha inserito questo concetto in ambito disciplinare, parlando di "competenza narrativa", un'abilità che deve essere coltivata dal professionista al fine di comprendere l'uomo-paziente nella sua complessità. Il professionista, ma in maniera generale l'intero sistema sanitario, trova un importante beneficio in questa nuova pratica per l'assistenza. Una pratica che deve essere unita, sul piano educativo, alle già radicate Medical Humanities, in modo da convogliarsi verso un approccio umano alla cura dell'altro. Queste competenze rappresentano un nutrimento dell'animo, diventano un orizzonte per la cura di sé, per poi integrarsi e dare senso alla relazione con l'altro.

La narrazione intesa come il "raccontarsi la cura" consente la costruzione dell'identità del soggetto, riconducendolo all'acquisizione di un senso perduto. Raccontare la vita e il proprio vissuto, è stato indicato da molti autori come il primo modo con cui l'essere umano organizza la propria esperienza, prima ancora del modo di pensare paradigmatico e logico-scientifico (Bruner, 1992).

Il passaggio dalla "presa in carico"- "al prendersi cura" diventa netto e decisivo nell'ambito assistenziale.

L'applicazione di questo approccio è trasversale perché si esprime in vari contesti sanitari, non solo nelle situazioni di cronicità e di cure palliative, ma anche nei contesti acuti e critici.

Dall'integrazione di un approccio tradizionale ed uno narrativo si completa un sapere che spesso si è limitato al dato oggettivo.

Nello stesso tempo si dà spazio all'emersione del modo con cui si forma l'esperienza di cura, di quali significati essa assume, di quali risorse si possono attivare, di quale senso si può ritrovare. La finalità generale alla base della azione educativa è stata quella di promuovere e supportare le dimensioni della rappresentazione di sé e dei propri vissuti, per dare voce ed ascolto alla complessità delle esperienze narrative e discorsive che spesso costellano spontaneamente il curare e l'essere curati. Con la disseminazione di una cultura e di competenze di tipo narrativo, si vuole dare vita, oltre a progetti rivolti ai pazienti, anche ad una serie di iniziative rivolte agli operatori al fine di sensibilizzarli e rinforzare quelle che sono le competenze relazionali.

Il punto focale degli studi analizzati, è che tutto ciò non si può realizzare a prescindere

dalla comprensione della persona, del suo vissuto, dei suoi significati. Assistere una persona malata, significa per l'infermiere, contemplare tra i propri strumenti professionali: l'attenzione, l'osservazione, la vicinanza e l'accoglienza, e il pensiero riflessivo, modalità operative che legittimano la relazione come obiettivo professionale. Il processo riflessivo, innescato dalle metodologie narrative, facilita l'esercizio (auto) critico nonché lo sviluppo professionale anche sul versante dell'accrescimento della sensibilità e della predisposizione verso l'alterità.

Tale bagaglio conoscitivo ed emozionale costituisce un vantaggio anche per l'operatore stesso poiché lo aiuta ad evitare il rischio che le esperienze di malattia altrui, possano trasformarsi in cinico distacco o ripresentarsi sotto forma di stress, frustrazione e burnout.

Nella prospettiva di una "relazione competente" si ha il superamento di quello che veniva definito "paradigma relazionale paternalistico" in cui medico e paziente non erano posti sullo stesso piano in una linea cooperativa, ma in rapporto subordinato-asimmetrico. La relazione, grazie alla medicina narrativa ed alle abilità acquisite dal professionista, rappresenta un "camminare insieme", reso possibile da una sintonizzazione tra le menti.

La medicina narrativa insegna ai medici e ai professionisti della cura come ascoltare le voci e le storie dei loro pazienti, aiutandoli a esprimere il bisogno di raccontarsi. Proprio la potenza del racconto di ciò che a prima vista sembra indicibile, perturbante, innesca processi di trasformazione nel malato come pure in chi ascolta queste storie, permettendo di calibrare gli interventi e costruire percorsi più adeguati alle reali esigenze dei curati.

La modellizzazione di attività formative rivolte agli operatori sanitari, dunque, finalizzate a imparare ad ascoltare e prestare attenzione alle storie dei pazienti, offre l'opportunità di sviluppare le competenze necessarie a interpretare in modo ricco e accurato i racconti e di coglierne gli aspetti di complessità: un esercizio di riflessione e, contemporaneamente, di umanizzazione della cura, che consente di colmare il vuoto di senso a cui talvolta la relazione con gli utenti espone, recuperando altresì una maggiore definizione e riconfigurazione dell'identità professionale e degli assetti organizzativi in cui si esercitano le pratiche.

CAPITOLO 6: CONCLUSIONI

In questo elaborato si è costruito un itinerario che delineasse un percorso di senso per un orientamento nell'agire professionale. Si è cercato di proporre un nuovo modello per l'assistenza nell'affrontare la relazione di cura con il paziente, essere unico e soggettivo. Il nuovo approccio però non si pone in antitesi al metodo tradizionale, a paradigma scientifico, ma "ad integrazione" di esso, al fine di fornire cure più efficaci. E' bene sottolineare come questo passaggio sia possibile soltanto acquisendo una prospettiva patient-centered, che riconosca e valorizzi l'unicità e la soggettività della persona.

La fenomenologia rappresenta la base filosofica dell'approccio assistenziale proposto, in cui il professionista sanitario deve partire da una ridefinizione del concetto di persona-paziente, non più "oggetto di cura", ma soggetto esperito con la sua interiorità. Partendo da questi presupposti si è giunti alla consapevolezza di dover mirare alla comprensione dei significati soggettivi e mirare a recuperarli, nonché a definirne dei nuovi per una qualità di vita possibile, conseguente alla rottura biografica asserita dalla malattia.

Ovviamente l'infermiere nell'adozione di questo nuovo modello, deve sviluppare ed esercitare delle nuove competenze: comunicative, relazionali, educative e di counseling. Queste competenze però, non possono essere acquisite appellandosi al buon senso o alla buona volontà del professionista, ma richiedono opportuni percorsi formativi per dare all'assistenza quell'orientamento relazionale che si ritiene necessario per affrontare la complessità del vissuto di malattia.

Per raggiungere tale obiettivo, la metodologia assistenziale-educativa proposta è la medicina narrativa o nello specifico il nursing narrativo, ambedue discipline correlate ad un paradigma umanistico.

La prospettiva narrativa sollecita l'uscita dall'anonimato e l'accesso alla proprio parola, il passaggio dall'implicito all'esplicito, dal privato al pubblico, dischiudendo l'accesso ad aspetti inediti di sapere e di conoscenza su di sé, sugli altri, sui contesti e gli eventi, che prefigurano nuovi percorsi, movimenti, esplorazioni del mondo e dei mondi possibili. (Kaneklin, Scarati, 1998)

La narrazione ed il racconto diventano quindi strumenti terapeutici perché consentono un accertamento mirato della persona come essere unitario, che si compone di corpo e di psiche, dimensioni che l'infermiere deve tenere presenti nella struttura della relazione assistenziale e nel corretto approccio diagnostico infermieristico.

La metodologia narrativa è una metodologia dinamica che si svolge nell'hic et nunc, richiedendo un adeguato tempo di relazione, finalizzato a cogliere il punto di vista della persona e ciò che la persona prova e ritiene importante per sé. Oltre alla pratica relazionale, faccia e faccia, si è giunti alla definizione di ulteriori strumenti narrativi a completamento di quest'ultima.

In ultima analisi si è evidenziato che l'approccio narrativo agisce non solo "fuori", cioè con il paziente ed il suo mondo di vita, ma anche "dentro", cioè all'interno della professione, conducendo ad un processo di crescita umana nel professionista, tramite il pensiero riflessivo.

Il metodo induce cambiamenti e miglioramenti nella relazione assistenziale, promuovendo la sensibilità professionale alla persona. Attraverso l'analisi, il confronto e l'interpretazione delle storie di malattia.

BIBLIOGRAFIA

Anfossi M., Verlato M.L., Zucconi A., *Guarire o curare? Comunicazione ed empatia in medicina*, La Meridiana, Molfetta (Ba), 2008

Armaduzzi R., Marcadelli S., *La professione infermieristica e l'assistenza*, in AGEOP-Ricerca Notizie, n. 3/1998

Artioli A., Amaducci G., Tropea S., Chiessi L., *Può la fenomenologia dare un supporto teorico al nursing?*, in "international Nursing Perspectives", 2003

Artioli G., Montanari R., Saffiotti A., *Counseling e professione infermieristica*, Carocci Faber, Roma, 2004

Artioli G., Amaducci G., *Narrare la malattia. Nuovi strumenti per la professione infermieristica*, Carocci Faber, Roma, 2007.

Atkinson R., *L'intervista narrativa*, Raffaello Cortina, Milano, 2002.

Bassa Propat M.T, Chicco L., Amione F., *Narrazione e ascolto. L'autobiografia come strategia di intervento nella relazione di aiuto*, Carocci,Roma, 2004.

Bassetti O., *Lo specifico relazionale infermieristico. Modelli concettuali ed applicativi*, Rosini Editrice, Firenze, 2001.

Benini S., *Pedagogia ed infermieristica in dialogo. Per uno sviluppo delle competenze narrative, educative, comunicative e relazionali nella pratica assistenziale*, CLUEB, Bologna, 2006.

Benner P., *The role of experience, narrative and community in skilled ethical comportament*, in "Advanced in Nursing Science",14,1991

Bruner J., *La costruzione narrativa della "realtà"*, in Ammaniti M., Stern D.N. (a cura di) *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Bari, 1991.

Charon R., *Narrative medicine – Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press. 2006, Trad.it. (a cura di) CASTIGLIONI C., *Medicina narrativa*.

- Onorare le storie dei pazienti, Raffaello Cortina, Milano 2019.
- Gadamer H.G., *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano, 1994.
- Giarelli G., Good B., Del Vecchio Good M., Martini M., Ruozi C., *Storie di cura, medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*, FrancoAngeli, Milano, 2005.
- Good B., *Narrare la malattia*, Einaudi, Torino, 2006.
- Husserl E., *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, Einaudi, Torino, 2002.
- Kaneklin C., Scarati G., *Formazione e narrazione. Costruzione di significato e processi di cambiamento personale ed organizzativo*, Raffaello Cortina, Milano, 1998.
- Launer J., *Narrative based primary care. A practical guide*, Radcliffe Medical Press, Oxford, United Kingdom, 2002
- Marcadelli S., Artioli G., *Nursing narrativo*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2010
- Stein E., *il problema dell'empatia*, Edizioni Studium, Roma, 1998
- Stein E., *L'empatia*, FrancoAngeli, Milano, 2002
- Zannini L., *il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*, FrancoAngeli, Milano 2001.
- Zannini L., *Medical Humanities e medicina narrativa*, Raffaello Cortina, Milano, 2008.

SITOGRAFIA

Accesso ai dati dal Gennaio 2022 al Marzo 2022

www.cinahl.it

URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ppc.12536>,

www.cinahl.it

URL: <https://eds-s-ebsohost-com.ezproxy.cad.univpm.it/>

www.cinhal.it

URL: <https://eds-s-ebsohost-com.ezproxy.cad.univpm.it/>

www.google scholar.com

URL: <https://www.academia.edu/35249277/>

www.pubmed.it

URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11597295/>

www.pubmed.it

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6134671/>

www.pubmed.it

URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29107529/>

www.pubmed.it

URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33227990/>

www.pubmed.it

URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31577388/>

www.pubmed.it

URL: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1584274>

www.pubmed.it

URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29540381/>

www.pubmed.it

URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29650604/>

Ringraziamenti

Giunta alla fine di questo intenso percorso di studio, un caloroso ringraziamento va al direttore di corso Maurizio Mercuri e alle tutor Mara Marchetti, Anna Rita Lampisti, Claudia Giacani e Sabina Strologo, che in questi anni ci hanno seguito attentamente, spronandoci là dove fosse necessario e trasmettendoci le loro conoscenze e la loro esperienza al fine di formarci al meglio per la nostra professione

Un ulteriore e sentito ringraziamento va alla mia carissima relatrice, la Dott.ssa Silvia Giacomelli, per avermi avvicinata al mondo della medicina narrativa ed accompagnata, nel migliore dei modi in questo passo finale. La sua disponibilità ed il suo aiuto si sono dimostrati indispensabili per il raggiungimento di questo obiettivo. La ringrazio per essere una professoressa competente, comprensiva ed umana.