



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'IMPATTO DELLA GENTILEZZA
NELLA RELAZIONE DI CURA**

Relatore:
Dott.ssa **Tiziana Benedetti**

Tesi di Laurea di:
Giulia Baldini

Correlatore:
Inf. **Antonella Silvestrini**

A.A. 2020/2021

INDICE

1. INTRODUZIONE	1
2. OBIETTIVO	3
3. MATERIALI E METODI	4
4. RISULTATI	4
4.1 Gentilezza, compassione ed empatia: la declinazione dei termini in ambito sanitario	7
4.2 Gentilezza come un indicatore di soddisfazione del cittadino	10
4.2 Le conseguenze della gentilezza	11
4.2.1 Benefici nella relazione di cura	12
4.2.2 Benefici sull'équipe	17
4.3 Gli ostacoli della gentilezza	19
4.4 Apprendere ed allenare la gentilezza	25
4.5 Pratiche di gentilezza	26
5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	29
6. BIBLIOGRAFIA	31

1. INTRODUZIONE

Il concetto di gentilezza può non essere semplice da *definire*: è vago, dinamico, e strettamente correlato ad un ulteriore insieme di valori e attributi. Potrebbe risultare molto più facile, invece, *riconoscere* atti gentili nella vita di tutti i giorni, a prescindere dalle diverse forme attraverso cui si manifestano.

Nel corso degli anni sono state date diverse definizioni di gentilezza, ma prima di approfondirle è necessario conoscere l'etimologia della parola *gentile*: dal Vocabolario Treccani si evince che il termine deriva dal latino *gentilis* «che appartiene alla gens, cioè alla stirpe», ovvero ad una famiglia di nobili origini, una condizione sociale a cui corrispondevano qualità come cortesia e garbatezza. È, quindi, centrale, sotto l'aspetto etimologico, il concetto di *appartenenza e socialità*.

Come spiegato da Campling P. (2015), la gentilezza, di fatto, implica la realizzazione d'essere tutti della stessa natura, la consapevolezza di essere in “kinship”, ovvero in parentela, nonché parte di quelle affini relazioni che costituiscono la società. Tale riconoscimento è ciò che porta ad agire secondo quella che Clóvis De Barros (2019) chiama “curiosità genuina” (p.47), ovvero un sincero interesse verso il prossimo, riconosciuto come membro della famiglia, che alimenta la “proattività altruista” (*Ibidem*, p.31) e l'esercizio di forme di gentilezza in risposta ad una sentita compassione, generosità e solidarietà verso gli altri membri. Se “la vera gentilezza è un insieme di qualità sinergiche”, è allora doveroso considerarla in relazione ad una gamma di altre qualità morali come sincerità, attenzione, rispetto, pazienza e amorevolezza (Piero Ferrucci, 2017, p.18), ovvero concetti diversi nelle loro definizioni e sfumature, ma strettamente interconnessi e indispensabili nella realizzazione di *reali azioni gentili*. Tuttavia, è bene sottolineare che nel corso dei secoli il concetto di gentilezza ha assunto diverse sfumature in rapporto al mutare della società: lo stretto legame a variabili di contesto storico, culturale e sociale – come anche alle condizioni economiche della popolazione di riferimento – risulta, infatti, evidente. In particolare, si può notare come al giorno d'oggi gli “atti gentili” vengano maggiormente considerati frutto di debolezza d'animo, scambiati per un accentuato sentimentalismo o a volte perfino associati a forme di “manipolazione”, nonché a strumenti finalizzati ad ottenere qualcosa in cambio. Come spiegato dallo psicoanalista Adam Phillips e dalla storica Barbara Taylor (2015), il significato di gentilezza sembra, infatti, deformato e oscurato

al mondo contemporaneo a vantaggio di un individualismo spiccato che ne mette in discussione il reale valore. A questo consegue una diffusione sempre più difficoltosa della cultura della gentilezza, influenzando negativamente il suo instaurarsi nella società.

La pratica della gentilezza ha, di fatto, sempre sollevato controversie, non tanto in merito al suo potere relazionale, quanto piuttosto alla sua natura. Per quanto nel mondo moderno ci si possa convincere che sia marginale, non essenziale alla socialità, o per quanto si possano mettere in dubbio i benefici che ne derivano, risulta spontaneo non solo riconoscerla ma anche apprezzarla quando ci si presenta nella vita di tutti i giorni. Infatti, sebbene concettualmente si possa ritenere che non faccia parte delle fondamenta sociali, in realtà tutti ne sentiamo il bisogno in maniera innata. In merito a quest'ultimo aspetto, i precitati autori Phillips e Taylor (2015) approfondiscono i meccanismi attraverso cui la gentilezza, intesa come caratteristica naturale dell'uomo, sia a volte assente nelle relazioni interpersonali: nonostante sia innata in ognuno di noi e venga naturalmente apprezzata, non viene sempre messa in pratica da tutti come si vorrebbe. La soluzione a tale discrepanza risiede in un concetto di fondamentale importanza nel tema della gentilezza: “in realtà, le forme che può assumere la gentilezza d'animo [...] vengono apprese in parte col vivere in società: in questo modo possono anche non venire apprese affatto o venire apprese male, oppure respinte” (*Ibidem*, p. 12). Al contrario di quanto si possa pensare, ne consegue, quindi, che la gentilezza non si limita ad essere una qualità innata in ognuno di noi, bensì anche un valore appreso – o non appreso – dalle quotidiane relazioni sociali ed esperienze di vita. È, a questo punto, essenziale riconoscere che la sua pratica va insegnata, appresa, compresa ed allenata costantemente, al fine di produrre esiti favorevoli sia a livello individuale, ovvero in chi la esercita e la riceve, sia a livello relazionale, cioè negli stretti rapporti che si instaurano quotidianamente.

A questo proposito, se nella vita di tutti i giorni l'esercizio di forme di gentilezza sembra essere un aspetto cardine nella relazione con il prossimo, quanto può influire in un contesto in cui quest'ultima svolge un ruolo terapeutico ed imprescindibile per la qualità delle cure? Quanto può essere rilevante la pratica della gentilezza nell'ambito della sanità e, in particolare, nella relazione terapeutica tra uno stesso assistito e le

diverse componenti d'équipe? E ancora, se la gentilezza dev'essere allenata, quali sono le strategie finalizzate alla sua applicazione?

2. OBIETTIVO

Durante le mie esperienze di tirocinio clinico ho potuto constatare come la relazione fra lo stesso assistito e le diverse componenti d'équipe sanitaria assuma sfumature diverse a seconda della modalità di interazione di ognuno di questi ultimi. Mi sono dunque chiesta quanto la "gentilezza" possa produrre un forte e favorevole impatto, sia nella relazione terapeutica tra infermiere e assistito, sia all'interno dei rapporti interpersonali d'équipe.

Obiettivi dell'elaborato di tesi sono pertanto:

- Definire il concetto di gentilezza nelle sue forme e percezioni;
- Indagare la correlazione fra gentilezza ed esiti terapeutici in termini di efficacia e di soddisfazione di utenti e personale;
- Identificare le strategie finalizzate all'esercizio di una gentilezza sincera, sia questa innata o appresa, nel contesto assistenziale;
- Diffondere la cultura della gentilezza, portando evidenze a supporto.

Il mio quesito di ricerca è, quindi: "può la gentilezza influire positivamente nell'instaurarsi della relazione terapeutica?"

3. MATERIALI E METODI

È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura attraverso ricerca bibliografica svolta su database PubMed e su motore di ricerca Google Scholar. Sono stati inclusi articoli pubblicati a partire dal 1997 ad oggi redatti in lingua inglese. Le parole chiave sono state individuate tramite il seguente schema PIO:

Problema	Intervento	Comparazione	Outcome
La relazione fra assistito e professionisti della salute	Utilizzo della gentilezza	///	Efficacia della relazione di cura

In particolare, le parole chiave utilizzate per la ricerca bibliografica sono: kindness healthcare, e patient. La ricerca ha prodotto 225 risultati, tra cui 15 ritenuti validi per il presente elaborato.

4. RISULTATI

I risultati della ricerca bibliografica sono riportati nella seguente tabella:

N°	TITOLO ARTICOLO	AUTORE/I	ANNO DI PUBBLICAZIONE	FONTE
1	Kindness, not compassion, in healthcare.	Halley S. Faust	2009	<i>Cambridge quarterly of healthcare ethics : CQ : the international journal of healthcare ethics committees</i> , 18(3), 287–299. https://doi.org/10.1017/S0963180109090458
2	The design of compassionate care.	Crawford, P., Brown, B., Kvangarsnes, M.	2014	J Clin Nurs, 23: 3589-3599. https://doi.org/

		and Gilbert, P.		10.1111/jocn.12632
3	Reforming the culture of healthcare: the case for intelligent kindness.	Penelope Campling	2015	<i>BJPsych bulletin</i> , 39(1), 1–5. https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.047449
4	Kindness prescribed and natural, in medicine.	William George Pickering	1997	<i>Journal of medical ethics</i> , 23(2), 116–118. https://doi.org/10.1136/jme.23.2.116
5	A duty of kindness.	David Jeffrey	2016	<i>Journal of the Royal Society of Medicine</i> , 109(7), 261–263. https://doi.org/10.1177/0141076816643333
6	Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care.	Harvey Max Chochinov	2007	<i>BMJ (Clinical research ed.)</i> , 335(7612), 184–187. https://doi.org/10.1136/bmj.39244.650926.47
7	Dosing Kindness As a Therapeutic Intervention.	Patti Rager Zuzelo	2016	<i>Holistic nursing practice</i> , 30(4), 241–243. https://doi.org/10.1097/HNP.00000000000000154
8	Role of Kindness in	Berry, L. L.,	2017	<i>Journal of oncology</i>

	Cancer Care.	Danaher, T. S., Chapman, R. A., & Awdish, R.		<i>practice</i> , 13(11), 744–750. https://doi.org/10.1200/JOP.2017.026195
9	Compassion: hard to define, impossible to mandate	Chadwick Raymon d	2015	<i>BMJ</i> ; 351 :h3991 doi :10.1136/bmj.h3991
10	Kindness as a Stress Reduction- Health Promotion Intervention: A Review of the Psychobiology of Caring.	Fryburg David A.	2021	<i>American journal of lifestyle medicine</i> , 16(1), 89– 100. https://doi.org/10.1177/1559827620988268
11	Happy to help? A systematic review and meta-analysis of the effects of performing acts of kindness on the well-being of the actor.	Oliver Scott Curry, Lee A. Rowland, Caspar J. Van Lissa, Sally Zlotowitz, John McAlaney, Harvey Whitehouse.	2018	<i>Journal of Experimental Social Psychology</i> , Volume 76, Pages 320-329, ISSN 0022-1031, https://doi.org/10.1016/j.jesp.2018.02.014
12	Your Best Life: Kindness is Its Own Reward.	John D.Kelly	2016	<i>Clinical orthopaedics and related research</i> , 474(8), 1775–1777. https://doi.org/10.10

				07/s11999-016-4927-8
13	Compassion and the science of kindness: Harvard Davis Lecture 2015.	Nigel Mathers	2016	<i>The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners</i> , 66(648), e525–e527. https://doi.org/10.3399/bjgp16X686041
14	Kindness: an underrated currency	Klaber R E, Bailey S.	2019	<i>BMJ</i> ; 367 :16099 doi: 10.1136/bmj.16099
15	The Culture of Kindness.	Maureen V. Iacono	2017	<i>Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses</i> , 32(6), 656–659. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.09.007

4.1 Gentilezza, compassione ed empatia: la declinazione dei termini in ambito sanitario

“I termini che decidiamo di utilizzare influenzano il modo con cui ci comportiamo, il modo con cui pensiamo alle varie situazioni e con cui impostiamo le aspettative.”
(Faust, 2009, tda)

Nel contesto dell'assistenza sanitaria, il raggiungimento del benessere fisico, psichico e sociale dell'individuo non può avvenire focalizzando l'attenzione solamente su *quali* azioni compiere, ma è necessario esaminare e dare importanza anche a *come* queste azioni vengono realizzate e percepite dall'assistito stesso (Faust, 2009).

In letteratura, concetti quali compassione, empatia e gentilezza vengono spesso utilizzati come qualità di una stessa essenza o come valori strettamente interconnessi tra loro al fine di affrontare una tematica sempre più discussa negli ambienti sanitari: l'importanza di erogare cure umanitarie che riconoscano la dignità dell'assistito.

Negli ultimi anni, sembra essere aumentato, in particolare, l'interesse verso la "compassionate care", ovvero l'erogazione di cure secondo un principio di sentita compassione.

La definizione maggiormente diffusa – sebbene siano state date diverse definizioni di compassione – è quella di Feldman e Kuyuken (2011): "La compassione è una risposta multiforme al dolore, alla tristezza e all'angoscia. Include gentilezza, empatia, generosità e senso di accoglienza [...]. La compassione è la capacità di aprirsi alla realtà della sofferenza e di aspirare alla sua guarigione" (Feldman & Kuyken, 2011, p.143, citato da Crawford et. al, 2014, tda). La compassione implica, quindi, una sensibilità verso il dolore e la sofferenza altrui, che si traduce in tutte quelle azioni – verbali o non verbali – volte a rimuovere o alleviare l'impatto di tale tormento. Nella maggior parte dei casi, in letteratura viene focalizzata l'attenzione su fattori individuali di tipo emotivi, attitudinali e cognitivi, da cui sembra dipendere la capacità di formare o meno una "mentalità compassionevole" e, quindi, la predisposizione a mostrare o meno compassione (Crawford et al., 2014).

Crawford et al. (2012) individuano diversi attributi associati alla compassione (Fig. 1), ad indicare la complessità e la ricchezza di tale concetto: sembrerebbe che "il linguaggio della compassione", ovvero le forme attraverso cui la compassione può manifestarsi, comprenda gentilezza, empatia, rispetto, calore e pazienza, ovvero concetti diversi nei loro precisi significati ma che denotano una stessa apertura verso gli altri individui. Allo stesso modo, sono stati associati i medesimi attributi, tra cui gentilezza, simpatia ed empatia, nell'approfondita analisi del termine "compassione" e delle sue origini e funzioni evolutive, eseguita da Goetz et al. (2010, citato da Crawford et al, 2014).

Kind	Concerned
Gentle	Empathetic
Warm	Friendly
Loving	Tolerant
Affectionate	Patient
Caring	Supportive
Sensitive	Encouraging
Helpful	Nonjudgemental
Considerate	Understanding
Sympathetic	Giving
Comforting	Soothing
Reassuring	Validating
Calming	Respectful
Open	Attentive

From 'The Language of Compassion in Acute Mental Health Care',
by Crawford P, Gilbert P, Gilbert J, Gale C & Harvey K (2012)
Qualitative Health Research. Copyright 2012 by Crawford P. Rep-
rinted with permission.

Figura 1. Attributi di una "mentalità compassionevole" (Crawford, 2014)

In letteratura risulta particolarmente chiara, quindi, l'interscambiabilità tra i termini di compassione e gentilezza: entrambi vengono definiti in relazione ad altre persone, ma se il primo deriva da una "comunanza di dolore" e si prefigge di "soffrire con", la gentilezza è legata al concetto di "kinship", di consanguineità, di appartenenza alla comunità, e non dev'essere confusa da chi la pratica come un'inclinazione a sacrificarsi per gli altri, ma come ad includersi negli altri (Campling, 2015).

Faust (2009), al contrario di quanto detto, nel suo elaborato *Kindness, Not Compassion, in Healthcare* discute i motivi per cui in ambiente sanitario, nell'adempimento delle "beneficent acts" – ovvero delle azioni che abbiano come fine ultimo il raggiungimento del benessere dell'individuo – sia maggiormente indicato parlare di approccio *gentile* piuttosto che di approccio *compassionevole* o *empatico*.

Se la compassione, come detto in precedenza, implica non solo una valutazione emotiva della condizione di sofferenza dell'individuo, ma anche una condivisione della stessa da parte del personale sanitario, al fine di intervenire per la sua riduzione, l'empatia comporta una *partecipazione emotiva* che si realizza mediante completa immedesimazione nelle condizioni dell'assistito stesso – quindi tentando di entrare nella sua stessa prospettiva – per comprendere pienamente la sua esperienza (Faust, 2009).

Le condizioni della gentilezza sembrano essere diverse. Secondo Hamrick (2002), infatti, per gentilezza si intende "l'azione mirata e volontaria intrapresa con sensibilità

verso i bisogni o i desideri di un'altra persona e attivamente diretta a promuovere il suo benessere o la sua prosperità” (citato in Dean & Doty, 2017; tda).

A questo proposito, Faust (2009) spiega: la gentilezza ha a che fare con il modo con cui si agisce, e non necessariamente con il modo in cui ci si *sente* mentre si agisce, a differenza di compassione ed empatia. La peculiarità di un attributo come la gentilezza sembra, quindi, risiedere nella possibilità di essere messa in pratica a prescindere da quanto ci si senta vulnerabili o distanti dalle condizioni dell'assistito stesso; una prospettiva quindi che non richiede al professionista sanitario di porsi nelle condizioni che potrebbero eventualmente portare al burnout (Faust, 2009).

4.2 Gentilezza come un indicatore di soddisfazione del cittadino

“Gentilezza è un termine molto utilizzato dagli assistiti [...]. Alcune volte descrivono il modo in cui piccoli – ma rilevanti – atti di gentilezza abbiano il potere di rendere esperienze di sofferenza meno misere” (Campling P., 2015, tda).

In relazione al concetto di gentilezza nella pratica clinica, Pickering (1997) espone un paradosso che vede da un lato la predisposizione degli assistiti nel valutare la loro esperienza di cura sulla base del grado di gentilezza percepito, e dall'altro la scarsa considerazione della medesima nell'insegnamento e nella valutazione della pratica medica. “La gentilezza [...] non appare fra gli indicatori indirizzati a misurare la qualità medica. Non risulta né cruciale né considerevole in materia di valutazione del personale medico” (Pickering, 1997, tda). Sotto questo punto di vista, sembra possibile attribuire un giudizio positivo sull'efficienza medica in un contesto in cui gli assistiti siano stati prontamente visitati, sia stata effettuata la corretta diagnosi ed impostata la giusta terapia da parte di personale educato, senza che un atomo di gentilezza umana sia mai stato trasmesso (*Ibidem*).

Jeffrey (2016) spiega che la gentilezza al giorno d'oggi viene associata ad una caratteristica da “perdenti” piuttosto che a parte integrante del dovere di un professionista sanitario nei confronti di chi necessita di cure. “Poiché la cultura medica non supporta in maniera consistente la pratica della gentilezza, i medici potrebbero considerarla come un qualcosa di bello, ma non come parte essenziale della pratica medica” (Jeffrey, 2016); eppure “gli assistiti spesso apprezzano atti di gentilezza più della competenza tecnica dei medici stessi” (*Ibidem*).

Il paradosso sembrerebbe originare da un concetto che Pickering (1997) ha così espresso: un item qualitativo come la gentilezza non è facilmente misurabile; se è possibile misurare la qualità di un servizio sanitario in base a fattori come durata delle liste d'attesa, appropriatezza dei trattamenti, qualità del vitto, disponibilità di tecnologia avanzata, educazione del personale e così via, è decisamente meno immediato l'utilizzo della gentilezza come metro di valutazione della performance. Ciò significa che, almeno in ambito sanitario, non viene approfondita completamente, non perché percepita come irrilevante, piuttosto perché vista come un'area astratta e difficile da insegnare e misurare; motivo per cui viene data per scontata e considerata un *sine qua non*, un postulato dei servizi sanitari. D'altro canto, però, è bene sottolineare che la gentilezza non è percepita come un qualcosa di "astratto" da chi la riceve, così come non lo è la sua mancanza (Pickering, 1997).

Come affermato da Campling (2015), sembra che qualcosa di apparentemente piccolo come pronunciare correttamente un nome o aiutare a indossare un apparecchio acustico possa fare un'enorme differenza per l'esperienza e il benessere di un assistito. "Sussiste uno stretto legame tra gentilezza e soddisfazione degli utenti. Le storie degli assistiti e dei loro familiari esprimono chiaramente quanto la gentilezza – o la sua assenza – li tocchi profondamente e sia spesso ciò che ricordano anni dopo" (Campling, 2015, tda).

A questo proposito, Jeffrey (2016) riporta una sua esperienza di vita: "Ricordo il cardiologo che mi chiese come fosse avere la fibrillazione atriale. Si è preso del tempo per ascoltare mentre raccontavo come l'aritmia avesse influenzato la mia vita e il mio lavoro, nonostante la sala d'attesa del suo studio fosse gremita di persone. Dopo un'operazione di ablazione di successo sarò sempre grato per la sua abilità tecnica, ma sono la sua umanità e gentilezza le cose che ricordo di più" (Jeffrey, 2016, tda).

4.2 Le conseguenze della gentilezza

Gli effetti di una lunga attesa, di un trattamento iniziale non adeguato, o di medici affrettati, ovvero gli effetti di indicatori facilmente misurabili in termini di efficienza del servizio, possono essere ammortizzati o completamente cancellati da un singolo frammento di gentilezza, trasmesso anche solo da uno sguardo o una parola da parte del personale (Pickering, 1997).

Sembra, dunque, che la gentilezza, la trasmissione di calore, l'attenzione agli assistiti visti come persone, espressa attraverso azioni in sintonia con la loro sofferenza e i loro bisogni, sia fortemente associata alla soddisfazione dell'assistito stesso. La teoria e la ricerca, tuttavia, vanno oltre: si prefiggono di dimostrare l'esistenza di forti legami tra pratica della gentilezza ed efficacia delle cure e, quindi, tra gentilezza ed outcomes (Campling, 2015).

4.2.1 Benefici nella relazione di cura

Il personale sanitario *gentile* mette in atto un senso di umanità *condivisa* che considera l'assistito come un individuo della sua stessa essenza e natura (Campling, 2015).

Dai racconti degli assistiti stessi, risulta evidente la volontà d'esser riconosciuti come persone e non come un mero insieme di problemi di salute: essi non sono destinatari *passivi* delle cure sanitarie. Per questo motivo, nella relazione che si instaura con il professionista, gli assistiti portano le proprie paure e debolezze, i propri punti di forza e le proprie caratteristiche individuali (Ballatt & Campling, 2011).

La necessità di vedere la persona nel malato è da considerare anche in relazione ad un concetto di fondamentale importanza spiegato da Chochinov (2007): a causa del cambiamento dello stato di salute e delle condizioni di vulnerabilità e dipendenza che ne derivano, gli assistiti potrebbero andare incontro ad un radicale stravolgimento della loro convenzionale percezione di sé, nonché ad una disintegrazione del loro senso di "personhood", ovvero della loro individualità. In questa condizione, lo stato di sofferenza va oltre: "stare male è una cosa, ma sentire che la nostra personalità viene compromessa – che non siamo più la persona che eravamo una volta – può causare un senso di disperazione che colpisce corpo, mente e anima" (Chochinov, 2007, tda).

Tra le caratteristiche peculiari di ogni assistito, sembra essere particolarmente importante, nel contesto di cura, la capacità di fiducia di ognuno: "la nostra percezione di benessere dipende molto da quanto siamo in grado di riporre la nostra fiducia nelle altre persone [...]. La maggior parte di noi prova molta ansia quando – a volte letteralmente – si trova costretta a mettere la propria vita nelle mani di qualcun altro [...]" (Ballatt & Campling, 2011, tda).

Zuzelo (2016) espone un'ulteriore condizione che l'assistito potrebbe provare in relazione ad un suo mancato riconoscimento come "individuo unico": la solitudine. In questo caso, la sensazione di disumanizzazione, il senso di lontananza e la mancanza di ascolto da parte del professionista della salute provocano un forte distacco nella relazione con l'assistito, portando ad un senso di solitudine che potrebbe influire negativamente sul processo di cura (Zuzelo, 2016).

Come spiegato da Ballatt & Campling (2011), il grado di ansia che si può provare, soprattutto in una condizione di fragilità, può essere spesso paralizzante: non solo può provocare una condizione di disagio e sofferenza, ma potrebbe influire negativamente sulla comunicazione, ridurre l'adesione al trattamento e compromettere il processo di guarigione. "Le persone in stato d'ansia sono meno propense a condividere informazioni con il personale sanitario o ad impegnarsi attivamente nel trattamento e nei cambiamenti del proprio stile di vita" (Ballatt & Campling, 2011).

La realizzazione dell'alleanza terapeutica dipende fortemente dal raggiungimento di un alto livello di fiducia, a sua volta influenzato, come precedentemente accennato, dalle esperienze passate e caratteristiche di ogni individuo, oltre che dalle condizioni per cui è richiesto un sufficiente livello di adattamento. Alle variabili appena esposte, Ballatt & Campling (2011) aggiungono che anche comportamenti e caratteristiche del professionista sanitario saranno, di conseguenza, in grado di favorire una forte alleanza terapeutica: "Queste includono calore, cordialità, genuinità, apertura [...] ed una considerazione positiva [ovvero un atteggiamento non giudicatorio dell'altro e della sua esperienza]" (*Ibidem*).

Si può, allora, affermare che le qualità che contribuiscono alla promozione dell'alleanza terapeutica siano parte integrante della gentilezza. Sembra, infatti, che questa sia in grado di mitigare ansia ed eventuale diffidenza verso trattamenti e professionisti sanitari contribuendo al raggiungimento – da parte dell'assistito – della fiducia, fondamentale prerequisito di una buona alleanza. Quest'ultima, a sua volta, andrà a migliorare in maniera diretta il senso di benessere e di soddisfazione dell'assistito, oltre che la comunicazione, la cooperazione e, di conseguenza, gli esiti dei trattamenti (Ballatt & Campling, 2011).

Ad avvalorare questo processo, Berry et al. (2017) riconoscono quanto riportato: assistere utenti e famigliari mettendo in pratica forme di gentilezza, ascoltando

attivamente e rispondendo ai loro bisogni, sembra ridurre il loro livello di ansia e paura, e fortificare il senso di fiducia verso gli operatori. L'accuratezza di diagnosi e trattamenti è di primaria importanza, ma anche il *modo* in cui il team fornisce assistenza dev'esserlo, poiché può essere un potente antidoto alle emozioni negative degli utenti e può migliorare gli esiti di cura (Berry et al., 2017, tda).

In merito a quest'ultimo aspetto, Lumera & De Vivo (2020) spiegano: nei centri di ricerca sul cancro più avanzati del mondo sono stati adottati dei protocolli di supporto psicologico ad assistiti e famiglie incentrati sulla gentilezza come veicolo di vicinanza umana alle persone che affrontano la malattia. È stato notato nel tempo che la gentilezza si è rivelata essere un potente strumento in grado di disinnescare le emozioni negative associate alle diagnosi di cancro e al percorso delle terapie, contribuendo in alcuni casi a migliorare la risposta ai trattamenti (Lumera & De Vivo, 2020).

A testimonianza di quanto detto, Kenneth Schwartz, a cui è stato diagnosticato un tumore ai polmoni all'età di quarant'anni, ha raccontato la sua esperienza nel Boston Globe Magazine: “Sono stato sottoposto a chemioterapia, radiazioni, interventi chirurgici e a notizie di tutti i tipi, specialmente a brutte notizie. È stata un'esperienza straziante, eppure [...] gli atti di gentilezza – il semplice tocco umano dei miei caregivers – hanno reso sopportabile l'insopportabile.” (Schwartz, 1995, citato da Chadwick, 2015)

Il processo che pone in relazione la pratica della gentilezza e gli esiti favorevoli che ne derivano risulta essere un vero e proprio “circolo virtuoso”, così denominato da Ballatt & Campling (2011), ed è stato illustrato da Campling (2015) nel suo articolo *Intelligent kindness: reforming the culture of healthcare* (Fig.2).

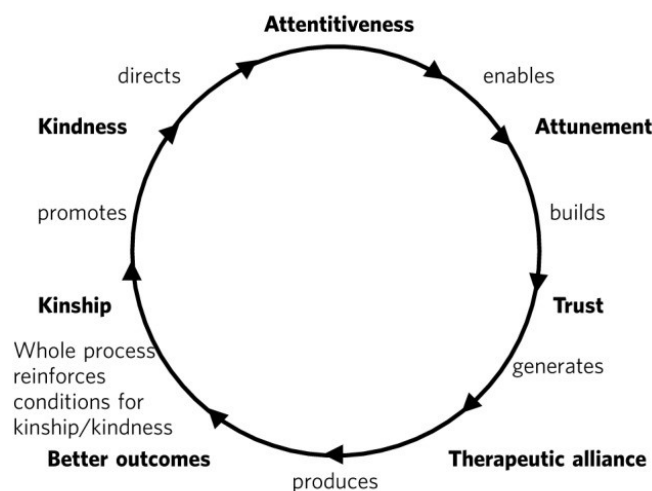


Figura 2. *Intelligent kindness: a virtuous circle* (Campling, 2015)

I due autori Ballatt & Campling (2011) spiegano che inizialmente il processo in questione (Fig.2) è stato raffigurato in una forma “a freccia” dove le medesime variabili sono state rappresentate, in direzione dal corpo della stessa fino alla punta, nel seguente ordine:

1. Senso di appartenenza, di essere “membro della famiglia” (kinship)
2. Gentilezza (kindness)
3. Attenzione verso la persona (attentiveness)
4. Sintonia e sensibilità e verso i bisogni della persona (attunement)
5. Fiducia (trust)
6. Alleanza terapeutica (therapeutic alliance)
7. Esiti favorevoli (better outcomes)

Ma se la realizzazione di ogni variabile porta al manifestarsi di quella dopo fino al raggiungimento di esiti favorevoli nel trattamento, allora il processo rappresentato a freccia ha un fine ultimo (“better outcomes”), oltre il quale non sembrano possibili ulteriori manifestazioni favorevoli. Eppure, è chiaro come la realizzazione di “esiti favorevoli” non sia fine a sé stessa, ma abbia il potere di produrre benefici aggiuntivi.

A questo proposito, Ballatt & Campling (2011), hanno appreso il seguente concetto: il raggiungimento di “better outcomes” nel processo di cura provoca, a sua volta, aumento della soddisfazione dell’assistito, migliori condizioni per la pratica della gentilezza e riduzione dei livelli d’ansia. Questo significa che prende vita un vero e proprio *circolo virtuoso*, dove i fattori appena espressi sono in grado di generare altri esiti ancora – che compongono i legami del circolo stesso – portando alla creazione di dinamiche molto più complesse di quelle rappresentate dalla *freccia*. Ciascun legame del circolo virtuoso può, infatti, essere visto come un circolo auto-rafforzante: la gentilezza (kindness) genera attenzione (attentiveness), che a sua volta ispira gentilezza. Allo stesso modo, una buona alleanza terapeutica (therapeutic alliance), oltre a produrre migliori risultati (better outcomes), può rafforzare anche la fiducia (trust) che, a sua volta, rafforza l'alleanza, e così via (Ballatt & Campling, 2011).

Già da molti anni, nel mondo scientifico, è diffusa la consapevolezza che la gentilezza possa contribuire al miglioramento della salute, ma solo in tempi più recenti si è cominciato ad impiegare risorse attivamente, con risultati molto significativi e incoraggianti (Lumera & De Vivo, 2020).

Nel 2017 è stata eseguita da due organizzazioni no-profit degli Stati Uniti, Dignity Health e CCARE (Center for Compassion and Altruism Research and Education), un'ampia revisione della letteratura scientifica presso la Stanford University che ha rivelato un consistente numero di prove scientifiche a supporto del potere della gentilezza nei processi di guarigione. In particolare, in coerenza con quanto detto finora, risulta che la pratica della gentilezza nelle interazioni cliniche possa produrre una maggiore condivisione di informazioni tra assistito e personale, contribuire ad una diagnosi più accurata, aumentare l'efficacia della pianificazione del trattamento e aumentare la probabilità di aderenza ai trattamenti raccomandati. Le prove scientifiche sembrerebbero, inoltre, dimostrare che la pratica della gentilezza nei contesti di cura porti a risultati notevolmente positivi sia sul piano psicologico – tramite riduzione del grado d'ansia e di stress – sia sul piano organico, mediante riduzione del livello del dolore, dei tempi di guarigione delle ferite, della pressione arteriosa e dei tempi di degenza (Dean & Doty, 2017).

I. De Vivo, molecular epidemiologist and professor at Harvard TH Chan School of Public Health, in merito agli effetti che ansia e stress possono provocare sull'organismo, spiega:

quando siamo sottoposti a stress, ansia e agitazione, il nostro cervello rilascia nel flusso sanguigno una grande varietà di ormoni che preparano il corpo alla risposta fight or flight [reazione di attacco o fuga]. Regolate dall'asse ipotalamo – ipofisi – surrene, queste reazioni producono soprattutto adrenalina e glucocorticoidi, tra cui il cortisolo, detto comunemente “ormone dello stress” [...]. Le più diffuse patologie connesse allo stress sono principalmente quelle cardiovascolari, come ipertensione e infarto, ma anche ulcera, disfunzioni gastrointestinali e renali e vari disturbi psicologici (Lumera & De Vivo, 2020).

È sempre più evidente come variabili legate alla qualità di approccio da parte del personale sanitario contribuiscano a modellare l'insieme dei processi neurologici che regolano e alleviano lo stress. A questo proposito, Fryburg (2022), nell'analizzare i fattori che contribuiscono al manifestarsi della condizione di stress e le conseguenze che ne derivano sullo stile di vita, spiega che viene a crearsi un vero e proprio circolo vizioso: il contatto con fattori stressanti, l'attivazione del sistema di risposta allo stress, e la seguente comparsa di malattie e disturbi, generano ulteriori fattori stressanti, che a

loro volta portano ad altre manifestazioni di stress e così via, fino ad una riduzione della qualità di vita e della sopravvivenza. L'autore illustra il modo in cui la gentilezza, creando "connessioni sociali positive e significative", possa essere la soluzione a tale circolo, interrompendo la realizzazione di dinamiche che potrebbero alimentarlo, e diminuendo la reazione psicologica e organica ai fattori di stress (Fryburg, 2022).

Lumera & De Vivo (2020), che definiscono la gentilezza come "uno strumento di difesa della nostra salute", hanno riportato, inoltre, uno studio del 2011 condotto all'Università di Harvard che analizza gli effetti di un intervento di "psicologia positiva" su assistiti con malattie cardiovascolari. Il protocollo di intervento, spiegano i due autori, prevedeva esercizi di gentilezza, ottimismo e gratitudine per una durata di otto settimane, al termine delle quali sono stati registrati segnali di miglioramento delle condizioni cliniche dei soggetti osservati. Si può, quindi, dire che interventi basati sulla gentilezza sono stati sperimentati con successo anche nel campo delle malattie cardiovascolari (Lumera & De Vivo, 2020).

È bene sottolineare, tuttavia, che nel contesto di cura gli assistiti non sono gli unici a raggiungere migliori esiti grazie ad un trattamento gentile: anche medici, infermieri ed operatori sanitari ne sono beneficiati (Dean & Doty, 2017).

4.2.2 Benefici sull'equipe

"L'ambiente favorevole che si crea estendendo la pratica della gentilezza agli altri, compresi i colleghi, non solo migliora il benessere ma può essere un potente antidoto all'esaurimento fisico ed emotivo e al burnout" (Berry et al., 2017, tda).

Curry et al. (2018) hanno condotto una revisione sistematica e metanalisi degli studi sperimentali presenti in letteratura che analizzano gli effetti della gentilezza sull'individuo che la mette in pratica, al fine di considerare l'idea che gli atti gentili abbiano il potere di migliorare il benessere non solo del ricevente ma anche dell'emittente. La ricerca, in particolare, ha prodotto 489 articoli tra cui 24 – contenenti 27 studi sperimentali – considerati validi secondo i criteri di inclusione, con un totale di 4045 partecipanti coinvolti. I risultati riportati sembrano confermare che l'individuo che mette in pratica forme di gentilezza sia maggiormente felice e vada incontro ad un miglioramento del suo stato di benessere.

Un ulteriore studio condotto da Rowland & Curry (2018) è nato dall'esigenza di valutare se il tipo di rapporto che sussiste tra emittente e ricevente di gentilezza, può influire sul grado di benessere che questa genera sul primo. Inoltre, esamina anche la possibilità che gli atti gentili producano i medesimi risultati sul soggetto che semplicemente li osserva e rileva nella vita di tutti i giorni, immedesimandosi in quel clima relazionale. In particolare, è stato analizzato l'aumento del livello di benessere percepito nelle seguenti situazioni messe a confronto: soggetti che praticano gentilezza verso persone a cui sono uniti da legami forti (famiglia e amici), legami deboli (sconosciuti) e verso sé stessi, soggetti che notano atti gentili, e soggetti che non praticano la gentilezza (no acts control group). In merito ai gruppi che praticano azioni gentili, è stata anche analizzata la possibilità che il *numero* di azioni effettuate possa incidere sull'aumento del sentimento di benessere/felicità. Un totale di 683 partecipanti è stato assegnato in modo casuale ai cinque gruppi per una durata di 7 giorni, e il livello di felicità è stato misurato prima e dopo l'intervento attraverso una scala a 10 punti di autovalutazione della stessa (Abdel Khalek, 2006, citato da Rowland e Curry, 2018). I risultati riportati indicano che la gentilezza, che sia praticata verso sé stessi, verso sconosciuti o famigliari, o semplicemente notata nella vita di tutti i giorni, abbia il potere di produrre i medesimi effetti positivi sulla felicità. Perdi più, è stato riportato che il *numero* di azioni gentili compiute sembra aver influito sugli effetti positivi: maggiori sono gli atti di gentilezza, maggiore è la felicità percepita da chi li pratica.

Kelly (2016), a questo proposito, riporta il fenomeno studiato da Harville Hendrix secondo cui la nostra mente inconscia (tronco cerebrale e sistema limbico) non sia capace di differenziare atti di gentilezza verso gli altri e verso sé stessi, in quanto vengono percepiti allo stesso modo. Questo significa che sembra essere possibile riconfigurare i pensieri disfunzionali che il nostro cervello potrebbe quotidianamente produrre estendendo continuamente forme di gentilezza verso gli altri, e “bombardando” la nostra mente di messaggi curativi, proprio come se la gentilezza fosse praticata verso noi stessi (Kelly, 2016).

Inoltre, sembra esser stato dimostrato, spiega Mathers (2016), che gli individui “altruisti”, paragonati ai “non altruisti”, si caratterizzano per una maggiore attività della corteccia temporale superiore: gli atti di gentilezza provocano il rilascio di endorfine ed ossitocina e contribuiscono alla creazione di nuove connessioni neurali nella suddetta

zona encefalica. Ciò significa che la gentilezza, favorendo tale plasticità neuronale, può diventare una vera e propria “abitudine auto-rinforzante”, che richiede sempre meno sforzo per essere esercitata (Mathers, 2016).

È possibile, dunque, confermare che vi è un reciproco “dare e ricevere” durante i momenti di assistenza che va ad influire positivamente non solo sul ricevente, ma anche sul benessere di chi pratica azioni gentili, ravvivando la soddisfazione professionale e mitigando sentimenti negativi legati a condizioni di burnout e distacco professionale (Zuzelo, 2016).

Kelly (2016), inoltre, riporta il pensiero di Wayne Sotile secondo cui ciò che differenzia il personale “soddisfatto” da quello “esausto” non è la possibilità del primo di sottrarsi agli stressor rispetto all’altro, bensì la possibilità di ricevere “uplifts” nel corso della giornata, ovvero l’insieme di “gesti gentili e positivi, delle parole e delle azioni che elevano lo spirito”. Quando le persone ricevono uplifts, i neuroni specchio tenderanno a generare impulsi neurali che le porteranno, a loro volta, a generare uplifts verso altri (Kelly, 2016).

“Ci sono un’infinità di prove a sostegno del fatto che le persone lavorano meglio quando sentono di *appartenere* ad un team che le comprende e che è pronto a supportarle nelle loro azioni” (Ballatt & Campling, 2011).

Sembra chiaro, dunque, come piccoli atti di gentilezza possano essere importanti contributi nella pratica e come gli effetti a catena ad essi associati possano essere significativi. Prendersi del tempo per assistere gli altri con attenzione, indagare sul benessere dei colleghi, sorridere e ascoltare attivamente sono solo alcuni esempi di dosi di gentilezza estese ai colleghi (Zuzelo, 2016).

4.3 Gli ostacoli della gentilezza

“Essere gentili ci fa sempre sentire meglio e tuttavia non riusciamo ad essere gentili così spesso come vorremmo” (Phillips & Taylor, 2015, p.67).

Phillips & Taylor (2015) analizzano i meccanismi secondo cui l’individuo, seppur provi piacere nel ricevere atti di gentilezza, non sia sempre propenso a metterla in pratica: “Siamo molto ambivalenti rispetto alla gentilezza. La amiamo e la temiamo: sentiamo molto acutamente la sua mancanza [...] ma facciamo resistenza nei confronti dei nostri impulsi generosi” (*Ibidem*, p.12).

Ballatt & Campling (2011), nel chiedersi il motivo per cui il personale sanitario potrebbe comportarsi in maniera scortese, hanno individuato diverse dinamiche disfunzionali che ostacolano la pratica della gentilezza e che si manifestano in almeno tre livelli: a livello individuale, a livello del team di lavoro e a livello dell'organizzazione sanitaria. A partire dal livello dell'individuo, "il contatto con lo stress emotivo e il disturbo può essere straziante. Vengono sollevate domande esistenziali sull'identità, la sofferenza e la morte e possono mettere le persone a contatto con sentimenti estremi di dolore e perdita" (Ballatt & Campling, 2011, tda).

Per questo motivo, i precitati autori indicano la necessità di considerare, nelle politiche sanitarie, non solo il concetto di promozione del *benessere* dell'assistito (well-being), fine ultimo del processo di cura, bensì anche la sussistenza del *malessere* e del dolore dell'assistito (ill-being) – con cui gli operatori sanitari sono a contatto la maggior parte del tempo – al fine di comprendere in che modo possa influenzare il senso di "parentela" (kinship) e l'espressione di forme di gentilezza (*Ibidem*).

"Prendersi carico della vulnerabilità degli altri – il che significa dividerla nei pensieri e nelle azioni, senza sentire il bisogno di sbarazzarsene o di respingerla con forza – comporta l'essere capaci di prendersi carico della propria" (Phillips & Taylor, 2015, p.13).

Ballatt & Campling (2011), di nuovo, analizzano le dinamiche che portano il professionista sanitario ad utilizzare meccanismi di difesa, spesso inconsciamente, al fine di proteggere la propria mente da pensieri ed emozioni disfunzionali, secondari al continuo contatto emotivo con la sofferenza. Si tratta di un processo di coping – che assume forme diverse in base alla personalità e alle esperienze di vita di ogni individuo – volto a metabolizzare i quotidiani traumi emotivi, spesso sottovalutati, per evitare che la mente ne sia sopraffatta. Sebbene possa sembrare un metodo funzionale di adattamento, i due autori spiegano che possono insorgere seri problemi se il personale ne è continuamente esposto, senza lasciar spazio all'elaborazione dei propri sentimenti: "I metodi difensivi di coping si consolidano. Man mano che i muri si accumulano, sentimenti di vulnerabilità e tristezza vengono sepolti sempre più in profondità. La gentilezza soffre quando la capacità di provare sentimenti di solidarietà verso l'altro si riduce" (Ballatt & Campling, 2011, tda).

“La gentilezza ha a che fare con ciò che in noi è più tenero e intimo. È un lato vulnerabile di noi stessi che spesso non esprimiamo o che teniamo segreto [...] per paura che, se venisse alla luce, potremmo soffrire” (Piero Ferrucci, 2017).

A questo proposito, Jeffrey (2016) spiega che piuttosto che accettare la propria vulnerabilità e dipendenza verso l'altro – quindi realizzare gli effetti negativi che il continuo stress emotivo provoca sulla nostra mente – si tende a disprezzarle e a considerarle incompatibili con l'autonomia ed i principi di professionalità. In questo modo, l'utilizzo dei precitati meccanismi di difesa rende difficoltosa la pratica della gentilezza e favorisce, al contrario, tattiche di distanziamento, come apparire occupati e concentrati solamente sui risultati degli esami clinici, ignorare eventuali preoccupazioni dell'assistito, o non dedicare del tempo al dialogo proficuo per il suo stato d'ansia (Jeffrey, 2016).

Chi viene sottoposto ad una pressione incessante si estranea dagli altri: “la resistenza alla gentilezza è la resistenza ad incontrarci con ciò che essa incontra dentro di noi e con ciò che incontriamo negli altri quando siamo buoni con loro” (Phillips & Taylor, 2015).

Il continuo utilizzo di meccanismi di difesa dà vita ad un circolo vizioso che porta l'individuo a crearsi una corazza sempre più rigida che limita la sua capacità di relazionarsi agli altri. Secondo Ballatt & Campling (2011), è una condizione che può essere risolta solo se il personale viene aiutato a riconoscere gli effetti dati dal contatto con la condizione di ill-being (malessere), e viene supportato a gestire consapevolmente il “compito emotivo” (emotional task) richiesto dall'esercizio delle cure sanitarie. “Più le persone si sentiranno sicure nel proprio ruolo, più saranno in grado di esaminare con curiosità i propri atteggiamenti, ed essere più aperte all'esperienza emotiva dei propri assistiti” (Ballatt & Campling, 2011, tda).

Al fine di gestire il quotidiano stress emotivo, sembra essere utile, dunque, l'attaccamento ad un gruppo di lavoro funzionale: il feedback da parte degli altri membri del team, che affrontano le medesime situazioni, può aiutare il professionista a riconoscere e gestire emozioni negative, traendone vantaggio. “Esistono prove a sostegno del fatto che la qualità del team in cui si lavora influisce fortemente sull'esperienza lavorativa di ogni membro, oltre ad attenuare gli effetti di un'organizzazione disfunzionale più ampia e a migliorare il funzionamento del sistema in generale” (Campling, 2015, tda).

Tuttavia, come accennato in precedenza, le condizioni che ostacolano la pratica della gentilezza sono presenti anche a livello dell'equipe sanitaria: "I team possono anche essere teatro di dinamiche disfunzionali, spesso inconsce. [...] Tendono ad avere obiettivi contrastanti, con diverse professioni che affrontano le attività da prospettive diverse, e tensioni che potrebbero sorgere tra gerarchie professionali e organizzative" (*Ibidem*, tda).

Seager (2014), al fine di comprendere la soluzione organizzativa alle condizioni di burnout e fatigue del professionista sanitario, elabora un modello "abc" che pone in relazione le seguenti variabili:

- a) Competenze assistenziali del professionista sanitario
- b) Percezione dell'accessibilità alle cure da parte dell'utente e considerazione della sua individualità (personalizzazione delle cure)
- c) Condizioni ambientali, culturali e organizzative che possono supportare o, al contrario, compromettere *a*, *b*, e l'interazione *a x b*

L'autore indica che se la relazione tra assistito e professionista della salute (*a x c*) è riconosciuta come variabile da cui dipende fortemente il processo di cura, nella progettazione dei servizi sanitari vi è, invece, un mancato riconoscimento delle variabili legate alle condizioni ambientali, culturali e organizzative (*c*). La variabile (*a*), tuttavia, non può essere un'entità a sé stante, ma dipende fortemente anche da (*c*). "Ciò significa che laddove (*c*) viene ignorata a livello d'organizzazione sanitaria, i professionisti andranno incontro a burnout e fatigue, minando la qualità delle cure [...]" (Seager, 2014, tda).

Campling (2015), nell'individuare le condizioni che ostacolano la pratica della gentilezza a livello dell'organizzazione sanitaria, esamina le cosiddette "dinamiche perverse" che influenzano il NHS (National Health Service), compromettendo l'utilizzo di un approccio umanistico alle cure sanitarie. "Un'organizzazione e i suoi membri sono intrecciati: le decisioni e le azioni degli individui sono influenzate dalla cultura organizzativa e, a loro volta, la rafforzano, nel bene o nel male" (Campling, 2015, tda). Il servizio sanitario, spiega ancora Campling (2015), si colloca all'interno di una società più ampia che ne plasma le regole e gli accordi: se nel dopoguerra lo spirito di cooperazione ha fornito la base per la creazione del Sistema Sanitario inglese (NHS), nel corso degli anni è stato costantemente contaminato dall'individualismo, dal

consumismo e dall'egemonia delle forze di mercato. I fattori appena nominati vengono chiamati “forze corruttrici” a causa delle conseguenze indirette che provocano nell'intero sistema: la promozione di un'economia competitiva di mercato, non dando priorità ai bisogni degli assistiti, può influenzare negativamente le dinamiche all'interno della relazione di cura, così come il processo di industrializzazione della sanità può trasformare l'assistenza sanitaria in una mera erogazione meccanica di compiti (Campling, 2015).

Allo stesso modo, Berry et al. (2017) spiegano che la complessità dei sistemi di erogazione dell'assistenza sanitaria, unita alle pressioni finanziarie e istituzionali, può creare una forte barriera tra il personale e l'assistenza che si desidera fornire. “Ciò aumenta la necessità di ricordare il ruolo fondamentale della gentilezza, sia per l'assistito che per l'operatore, in modo che possa essere distribuito con successo, nonostante le pressioni del lavoro” (Berry et al., 2017, tda).

La sfida è capire come fornire un tipo di assistenza *gentile* nel contesto di un sistema sanitario che è tipicamente ambiguo, a corto di risorse, burocratico, complesso e frenetico. Stanchezza e irritabilità sono spesso associate ad ambienti di lavoro complicati e sono emozioni controproducenti per fornire dosi di gentilezza a chi ne ha più bisogno (Zuzelo, 2016, tda).

Kleber & Bailey (2019) riportano l'articolo dell'autrice Unwin (n.d) in merito al ruolo della gentilezza nelle politiche pubbliche, descrivendola come uno strumento dirompente, che cambia le relazioni tra persone, istituzioni e organizzazioni. Viene, inoltre, indicata l'urgente necessità di essere bilingue nel "*razionale*" – l'insieme dei dati quantitativi, dei confini organizzativi e professionali, dei rapporti qualità-prezzo, ecc. – e nel "*relazionale*" – l'approccio che enfatizza le connessioni, le relazioni, la fiducia, ecc. – e la necessità che le due siano equilibrate in un sistema complesso (Kleber & Bailey, 2019, tda).

La cosa fondamentale è ristabilire un equilibrio. Questo è possibile, spiegano Ballatt & Campling (2011), mediante promozione della cultura di una “gentilezza intelligente”, ovvero la creazione di condizioni che favoriscano l'applicazione di una filosofia che:

1. valorizza e comprende il potere della gentilezza e del senso di comunione;
2. riconosce l'efficacia e l'efficienza della pratica della gentilezza e del senso di “kinship”, inserite in un “circolo virtuoso”;

3. comprende ciò che inibisce o facilita la pratica della gentilezza a livello individuale, d'équipe, organizzativo o interaziendale;
4. apprende e mette in pratica l'insieme delle conoscenze volte ad affrontare le precitate dinamiche, valorizzando tale lavoro insieme ad altri approcci necessari per fornire assistenza sanitaria;
5. comprende e mitiga gli inevitabili effetti inibitori di processi come industrializzazione e forze di mercato;
6. consente e protegge la “libertà di voler servire la comunità” [il senso di appartenenza, di kinship], necessaria per una gentilezza attenta, reattiva ed efficace, rendendo questa libertà una priorità.

L'aggiunta dell'aggettivo “intelligente”, spiegano ancora Ballatt & Campling (2011), indica, in primo luogo, che è possibile pensare in modo accurato alle condizioni per la gentilezza, e in secondo luogo che i sistemi clinici, manageriali, organizzativi e di leadership possono essere messi in atto in modo mirato per promuovere un'assistenza *gentile* (*Ibidem*).

I più semplici atti di gentilezza, infatti, possono fare un'enorme differenza non solo durante i momenti in cui si manifestano nella pratica, ma anche nel rafforzare la cultura di un'intera organizzazione. “Un trattamento inopportuno – e i suoi costi umani e finanziari – può essere evitato quando gli assistiti sono ascoltati con attenzione e guidati delicatamente verso un dialogo onesto [...]” (Berry et al., 2017).

In merito a quest'ultimo aspetto, sembra che i potenti processi illustrati nel “circolo virtuoso” siano in grado di contribuire anche alla produttività, una sfida chiave per tutti i servizi sanitari: “più il lavoro è fondato sul concetto di comunione, motivato da forme di gentilezza ed espresso attraverso l'attenzione e la sintonia verso i bisogni dell'assistito, più è probabile che gli interventi siano appropriati e tempestivi” (Ballatt & Campling, 2011, tda).

È possibile, dunque, affermare: “la gentilezza umana, la scienza e la tecnologia formano una potente combinazione che può salvare vite, creare l'ambiente per la guarigione e, così facendo, ridurre i costi” (Dean & Doty, 2017).

4.4 Apprendere ed allenare la gentilezza

Lo psicoanalista Adam Phillips (2015) e la storica Barbara Taylor (2015) hanno analizzato nel loro libro *Elogio della Gentilezza* l'insieme dei cambiamenti storici, culturali e sociali che nel corso degli anni hanno portato non solo allo sviluppo di dinamiche di *resistenza* alla gentilezza, ma anche ad un deturpamento del suo reale valore a vantaggio di forme di individualismo spiccato. Se “il servizio sanitario si colloca all'interno di una società più ampia che ne plasma le regole e gli accordi” (Campling, 2015), le dinamiche analizzate da Phillips & Taylor (2015) sono allora le stesse che hanno favorito la creazione degli “ostacoli della gentilezza” – trattate nel capitolo precedente – a livello individuale, d'equipe e d'organizzazione sanitaria.

“A meno che gli infermieri non pratichino e promuovano la gentilezza *intenzionalmente* [in forma consapevole], questa non si verifica magicamente [...]. Le pratiche di cura e gli atti di gentilezza devono essere più di uno slogan. Sono reali. Coinvolgono le persone, siano esse assistiti o colleghi” (Iacono, 2017, tda).

Ballatt & Campling (2011) riportano studi a dimostrazione del fatto che la maggior parte degli studenti delle professioni sanitarie sembra essere motivata dal desiderio di migliorare la qualità dell'assistenza, ma durante il percorso formativo diventa più distaccata e fredda verso i bisogni degli assistiti. Tale situazione, spiegano i due autori, sembrerebbe essere alimentata dalla tendenza, da parte dei corsi di formazione, di focalizzare l'attenzione sugli aspetti *tecnici* della professione e meno sulle competenze *relazionali*, non preparando il tirocinante ad affrontare il compito emotivo richiesto (emotional task) ed esponendolo alle dinamiche che ostacolano la pratica della gentilezza (Ballatt & Campling, 2011).

“La gentilezza proviene da ciò che Freud chiamava, anche se in un contesto diverso, *rieducazione*, cioè la riacquisita consapevolezza di qualcosa che era già stato sentito e conosciuto. E questa rieducazione [...] prevede il riconoscimento della gentilezza come di una tentazione quotidiana a cui facciamo resistenza”. Sembra, dunque, possibile pensare alla possibilità di *rieducare* alla pratica della gentilezza, laddove questa sembra essere inibita dalle cosiddette “resistenze moderne”, mediante interventi che rendono l'individuo consapevole di quest'ultime e del potere relazionale delle quotidiane azioni gentili (Phillips & Taylor, 2015, p.109).

Come spiegato da Ballatt & Campling (2011), al centro di ogni sviluppo professionale dev'essere posta la capacità di instaurare e sostenere relazioni *attente* con gli assistiti, perché questa è importante quanto qualsiasi educazione teorica o tecnica. Inoltre, i due autori spiegano che per non essere deformata dalle continue pressioni della pratica clinica, tale capacità dovrebbe essere costantemente allenata. Vi è, di conseguenza, la necessità di reintegrare la “gentilezza attenta” (consapevole, attiva, che va oltre gli ostacoli della pratica) come una qualità e abilità professionale valida e centrale, come un "dovere di cura" che dev'essere coltivato attivamente (Ballatt & Campling, 2011).

La medesima abilità professionale, la “gentilezza attenta”, dev'essere appresa, praticata e diffusa anche all'interno delle relazioni d'équipe: l'American Nurses Association (2015) esprime la necessità di creare e sostenere ambienti di lavoro etici con culture di gentilezza e civiltà. La pratica intenzionale e consapevole della gentilezza verso i colleghi promuove la creazione di una “cultura di gentilezza *collaborativa*” supportata e condivisa. Gli infermieri che sostengono tale iniziativa saranno più inclini ad *analizzare* il proprio comportamento e a ritenersi reciprocamente “responsabili per la gentilezza” (Iacono, 2017).

In linea con quanto riportato, l'Azienda Ospedaliero – Universitaria Meyer di Firenze (2022) ha dato il via al primo Master in Italia sulla “Gentilezza nella relazione di cura in età pediatrica” finalizzato all'umanizzazione delle cure sia nella relazione tra professionista e assistito, sia tra professionista e familiari del malato, sia all'interno dell'ambiente di lavoro delle professioni sanitarie. Le materie di insegnamento – tra cui la neuroscienza delle emozioni, la psicologia dello sviluppo, la gentilezza e i suoi piani di attuazione, la filosofia del dolore, e la spiritualità laica – sono volti a formare i professionisti nell'ottica della cura *globale* della persona. Il sito Meyer (<https://www.meyer.it/index.php>) contiene tutte le informazioni relative al percorso formativo.

4.5 Pratiche di gentilezza

“La gentilezza è frutto di iniziativa per l'altro, è pratica e concreta” (Clóvis De Barros, 2019).

Gli infermieri, così come gli altri operatori sanitari, dovrebbero prendere in considerazione l'utilizzo di strategie al fine di *dosare* consapevolmente la gentilezza durante le interazioni con assistiti, colleghi e sé stessi (Zuzelo, 2016).

Come spiegato da Berry et al. (2017), una forma che può assumere la gentilezza è l'ascolto attivo: la gentilezza richiede di saper ascoltare attentamente gli assistiti e i familiari, con il minor numero di interruzioni possibile, al fine di estrapolare i loro bisogni e stati d'animo; essere *veramente* presenti durante l'incontro dimostra rispetto e favorisce la fiducia. Le conversazioni possono essere terapeutiche, sono parte del processo di cura; semplici domande aperte possono portare assistiti e famiglie a fornire informazioni che non verrebbero comunicate altrimenti (Berry et al., 2017).

“In una cultura manageriale che misura il successo in numeri, classifiche e produttività, il tempo trascorso con l'assistito per alleviare eventuali preoccupazioni non viene valutato, di conseguenza non è visto come parte essenziale del dovere di un professionista sanitario” (Jeffrey, 2016, tda).

In merito a quest'ultimo aspetto, Pickering (2017) riferisce che nella “reale pratica sanitaria” vi è la tendenza a considerare la gentilezza come una modalità di approccio che richiede un maggior tempo d'applicazione: “Può portare ad un aumento della durata delle visite. Può essere vista uno spreco di tempo. Può portare più in profondità del previsto nella psiche dell'assistito. A volte può essere estremamente estenuante” (Pickering, 2017, tda).

Berry et al. (2017), a questo proposito, spiegano che l'ascolto approfondito, senza fretta, può *sembrare* incompatibile con le pressioni finanziarie e produttive del giorno d'oggi, ma in realtà il suo valore pratico supera i rischi e i costi celati dietro un mancato ascolto: fornire un trattamento indesiderato, perdere informazioni che sono pertinenti al piano terapeutico e non riconoscere la mancanza di comprensione di utenti e famiglie sono solo esempi delle possibili conseguenze di un ascolto superficiale ed inefficace (Berry et al., 2017).

Anche il Codice Deontologico dell'Infermiere (2019), all'articolo 4, sottolinea l'importanza della relazione nel contesto 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.”

Un'ulteriore forma di gentilezza individuata da Berry et al. (2017) è un senso di “onestà gentile”: ciò che il professionista della salute dice e *come* lo dice può influenzare le decisioni di un trattamento e, di conseguenza, la qualità di vita degli utenti stessi. Non esiste una costante che funzioni per tutti: comprendere *quanto* gli assistiti vogliono sapere della loro malattia può essere un esempio di approccio pratico e gentile. La maggior parte delle persone vuole conoscere la verità attraverso parole *oneste* e ben *precise* che trasmettano un senso di compartecipazione e che le guidino verso le giuste decisioni (Berry et al., 2017).

Ma in realtà, come spiega Zuzelo (2016), la gentilezza si manifesta anche nei piccoli gesti quotidiani: condividere una storia personale o una barzelletta, prendersi del tempo per fermarsi, comunicare e stabilire un contatto, ascoltare informazioni aneddotiche su esperienze passate o circostanze familiari, o semplicemente parlare di un hobby o di un animale domestico sono esempi di semplici atti di gentilezza che contribuiscono all'instaurarsi di una relazione autentica (Zuzelo, 2016).

Infine, gli atti gentili devono essere estesi oltre l'assistito: la gentilezza è anche supporto a famiglia e caregivers, specialmente quando l'assistito stesso dipende fortemente da queste persone. La ricerca dimostra che sostenere i caregivers e i familiari nell'adempimento di un ruolo che non sempre sono preparati a svolgere – sia sul piano cognitivo che emotivo – è una forma di gentilezza efficace ai fini terapeutici (Berry et al., 2017).

“Così come l'arroganza, l'indifferenza o la mancanza di tatto possono realizzarsi in un istante, allo stesso modo può la gentilezza” (Pickering, 1997).

5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'interesse verso la pratica della gentilezza e verso i benefici che ne derivano nell'ambito dell'assistenza sanitaria è notevolmente cresciuto nel corso degli ultimi anni.

La revisione della letteratura effettuata mostra un cospicuo aumento delle pubblicazioni a partire dal 2015: si evince pertanto la crescente necessità di indagare la rilevanza dell'*approccio gentile* all'interno di un sistema dinamico e complesso come quello sanitario. Ciò sembrerebbe originare da un paradosso che viene sottolineato dalla maggior parte degli autori: se da un lato il cittadino tende a valutare la propria esperienza di cura sulla base del grado di gentilezza percepito, dall'altro vi è una scarsa considerazione della stessa sia nell'insegnamento delle professioni sanitarie, sia tra gli indicatori di valutazione del servizio e della performance sanitaria. Essendo però un forte indicatore di soddisfazione del cittadino, la gentilezza non può esser considerata un eventuale attributo del professionista, un postulato dei servizi sanitari: è necessario integrarla nella pratica clinico-assistenziale come un vero e proprio intervento terapeutico. Sebbene possa esser percepita come un'area astratta e si tratti di un item prettamente qualitativo e difficilmente misurabile, è bene riconoscere che, per poter essere quotidianamente praticata – soprattutto durante le costanti pressioni lavorative – necessita di *un'intenzione*, di un'acquisita consapevolezza del suo potere relazionale.

A questo proposito, dall'analisi dei risultati è possibile confermare che la pratica della gentilezza produce benefici non solo nella relazione che si instaura tra professionista della salute ed assistito, ma anche nelle relazioni interpersonali d'équipe e nello stato di salute e benessere di ogni individuo. Numerosi e recenti studi hanno dimostrato, infatti, che l'applicazione di un approccio gentile all'interno dell'ambiente di cura è in grado di produrre un forte e favorevole impatto non solo sugli esiti dei trattamenti – quindi anche sulla riduzione dei costi e sul grado di soddisfazione del cittadino – ma anche sul grado di gratificazione professionale – mitigando eventuale ansia, stress e burnout legati a pressioni e dinamiche lavorative – e, quindi, sulla qualità dei servizi. Questo è possibile qualora la gentilezza non sia considerata una qualità individuale facoltativa – non è la mera applicazione di una forma di sentimentalismo accentuata e fine a sé stessa – ma una vera e propria capacità relazionale, innata e appresa, che comprende il senso di appartenenza ad una comunità, il senso di vicinanza all'altro riconosciuto come

“membro della famiglia”. Quest’ultimo aspetto è fondamentale nel tema della gentilezza, in quanto aiuta a comprendere in che modo la sua applicazione nella pratica clinica possa essere utile ed efficace ai fini terapeutici: la gentilezza prende vita quando il soggetto che la attua vede l’altro come un individuo della sua stessa essenza e natura. In relazione alla pratica assistenziale, tale concetto si traduce nella necessità, da parte del personale sanitario, di vedere la persona nel malato, l’essere umano *prima* della malattia. Di conseguenza, come riportato dagli studi, l’approccio gentile sembra contribuire fortemente all’instaurarsi della relazione terapeutica mediante acquisizione, da parte dell’assistito, di un forte senso di sicurezza e di fiducia nei confronti dei professionisti della salute e dei trattamenti, portando alla realizzazione dell’alleanza terapeutica, prerequisito fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi di cura.

Sono stati, inoltre, effettuati diversi studi volti ad analizzare gli effetti benefici della gentilezza sulla salute: è stato dimostrato che è in grado di attenuare e prevenire sensazioni di ansia, paura e stress e di favorire emozioni positive come la felicità, di contribuire all’aumento delle difese immunitarie, alla riduzione del dolore, e al rilascio di endorfine ed ossitocina.

La gentilezza può essere appresa, ma occorre tenere conto degli ostacoli che possono presentarsi sul cammino della gentilezza, quali l’essenza stessa delle professioni di aiuto che espone al rischio di burnout e all’isolamento emotivo, le resistenze moderne, l’individualismo, le forze di mercato; è necessario attingere alla profonda convinzione del potere benefico della gentilezza per trovare la forza per superare questi ostacoli.

Deve essere data ai professionisti della salute la possibilità di apprendere la gentilezza integrando il piano di studi della formazione di base, aumentando l’offerta di corsi specifici nei programmi di formazione continua, oppure attivando master di formazione post-base, come nel caso dell’Università degli Studi di Firenze, in collaborazione con L’Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer.

Sebbene le indicazioni della letteratura siano chiare in merito ai benefici della gentilezza sulla salute degli individui e sulle relazioni interpersonali, sono necessari ulteriori approfondimenti in merito, che vadano oltre le prove empiriche e che analizzino le strategie di implementazione della stessa nella pratica clinica.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Ballatt & Campling, *Intelligent Kindness: reforming the culture of healthcare*, 2011, The Royal College of Psychiatrists.
2. Berry, L. L., Danaher, T. S., Chapman, R. A., & Awdish, R. (2017). Role of Kindness in Cancer Care. *Journal of oncology practice*, 13(11), 744–750. <https://doi.org/10.1200/JOP.2017.026195>
3. Campling P. (2015). Reforming the culture of healthcare: the case for intelligent kindness. *BJPsych bulletin*, 39(1), 1–5. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.047449>
4. Chadwick R. Compassion: hard to define, impossible to mandate *BMJ* 2015; 351 :h3991 doi:10.1136/bmj.h3991
5. Chochinov H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 335(7612), 184–187. <https://doi.org/10.1136/bmj.39244.650926.47>
6. Clóvis De Barros, *Shinsetsu Il potere della Gentilezza*, 2019, Newton Compton Editori.
7. Crawford, P., Brown, B., Kvangarsnes, M., & Gilbert, P. (2014). The design of compassionate care. *Journal of clinical nursing*, 23(23-24), 3589–3599. <https://doi.org/10.1111/jocn.12632>
8. Dean L, Doty JR. (2017) The healing power of kindness. The Huffington Post. http://www.huffingtonpost.com/project-compassion-stanford/the-healing-power-of-kindness_b_6136272.html 11/16/2014 Updated December 7, 2017
9. Faust H. S. (2009). Kindness, not compassion, in healthcare. *Cambridge quarterly of healthcare ethics : CQ : the international journal of healthcare ethics committees*, 18(3), 287–299. <https://doi.org/10.1017/S0963180109090458>
10. Fryburg D. A. (2021). Kindness as a Stress Reduction-Health Promotion Intervention: A Review of the Psychobiology of Caring. *American journal of lifestyle medicine*, 16(1), 89–100. <https://doi.org/10.1177/1559827620988268>
11. Iacono M. V. (2017). The Culture of Kindness. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 32(6), 656–659. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.09.007>

12. Jeffrey D. (2016). A duty of kindness. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(7), 261–263. <https://doi.org/10.1177/0141076816643333>
13. Kelly, John D. IV MD1,a Your Best Life: Kindness is Its Own Reward, *Clinical Orthopaedics and Related Research*: August 2016 - Volume 474 - Issue 8 - p 1775-1777 doi: 10.1007/s11999-016-4927-8
14. Klaber, R. E., & Bailey, S. (2019). Kindness: an underrated currency. *BMJ (Clinical research ed.)*, 367, 16099. <https://doi.org/10.1136/bmj.16099>
15. Lumera D. & De Vivo I., *Biologia della gentilezza. Le 6 scelte quotidiane per salute, benessere e longevità*, 2020, Mondadori.
16. Martin Seager, *Who cares for the carers? Keeping compassion alive in care systems, cultures and environments: A psychologically minded approach*, in *Providing compassionate care*, 2014, Routledge, p. 40 – 53.
17. Mathers N. (2016). Compassion and the science of kindness: Harvard Davis Lecture 2015. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(648), e525–e527. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X686041>
18. Oliver Scott Curry, Lee A. Rowland, Caspar J. Van Lissa, Sally Zlotowitz, John McAlaney, Harvey Whitehouse. Happy to help? A systematic review and meta-analysis of the effects of performing acts of kindness on the well-being of the actor, *Journal of Experimental Social Psychology*, Volume 76, 2018, Pages 320-329, ISSN 0022-1031, <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2018.02.014>
19. Phillips A. & Taylor B, *Elogio della Gentilezza*, 2015, Ponte alle Grazie.
20. Pickering W. G. (1997). Kindness, prescribed and natural, in medicine. *Journal of medical ethics*, 23(2), 116–118. <https://doi.org/10.1136/jme.23.2.116>
21. Piero Ferrucci, *La Forza della Gentilezza*, 2017, Mondadori.
22. Zuzelo P. R. (2016). Dosing Kindness As a Therapeutic Intervention. *Holistic nursing practice*, 30(4), 241–243. <https://doi.org/10.1097/HNP.000000000000154>