



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in:
INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea:

**L'empatia e le professioni sanitarie:
quando la comunicazione diventa terapia**

Relatore:

Prof.ssa Silvia Giacomelli

Candidato:

Martina D'Orfeo

Anno Accademico 2018-2019

*"Ciò che conta non è ciò che il destino fa per noi,
ma ciò che facciamo con esso."*

Florence Nightingale.

Indice

Introduzione	3
Cap. 1 La comunicazione	5
1.1 I pilastri della comunicazione: i 5 assiomi	6
1.2 Le principali tecniche di comunicazione	11
1.3 Le teoriche del nursing e la comunicazione	14
1.3.1 Hildegard Peplau	15
1.3.2 Jean Watson	16
Cap. 2 Le Medical Humanities	21
2.1 L'umanizzazione delle cure	23
Cap. 3 Rita Charon e la nascita della Medicina Narrativa	26
3.1 Il Nursing narrativo	28
Cap. 4 L'empatia	30
4.1 L'empatia cognitiva e relazionale	31
4.1.1 L'empatia e il burnout	33
Cap. 5 Umanizzazione delle cure e conoscenze degli infermieri. Un'indagine conoscitiva	35
5.1 Obiettivo dello studio	35
5.2 Materiali e metodi	35
5.3 Risultati	36
5.4 Analisi critica dei risultati	46
Cap. 6 Conclusioni	47
Allegati	49
Bibliografia	53
Sitografia	54
Ringraziamenti	57

Introduzione

Nel momento in cui si parla dell'utilità o della necessità di "umanizzare" le cure, quando il concetto di cura dovrebbe racchiudere insito in sé in modo implicito il concetto di relazione, si ammette in maniera implicita una sorta di sconfitta da questo punto di vista.

Si ricercano spesso i colpevoli: il peso eccessivo assunto dalla tecnologia? La sempre più spinta alla iper-specializzazione? Il crescente determinismo biologico? La burocratizzazione, l'individualizzazione, reificazione e spersonalizzazione dei pazienti? La loro espropriazione di capacità decisionale, la crescente minaccia del contenzioso legale con il conseguente ripiegamento nella medicina difensiva? Molteplici domande che forse non necessitano di molteplici risposte ma di una maturata consapevolezza: il paziente non è più quello che ignora, con il quale si aveva un approccio paternalistico ma ci si deve porre in una modalità proattiva con il paziente. Importante è ritrovare e coltivare gli aspetti psicologici e relazionali dell'assistenza, ovvero sta ri-emergendo la centralità della relazione terapeutica, caratterizzata da un supporto umano e personalizzato.

“L'umanizzazione delle cure è l'attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali e oggi è tema di grande attualità. Le crescenti acquisizioni in campo tecnologico e scientifico, che permettono oggi di trattare anche patologie una volta incurabili, non possono essere disgiunte nella quotidianità della pratica clinica dalla necessaria consapevolezza dell'importanza degli aspetti relazionali e psicologici dell'assistenza”¹ (Ministero della Salute, 2013).

¹ Fonte del Ministero della Salute dell'umanizzazione delle cure,2013 (sito ministeriale: URL:http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1363)

L'obiettivo di tutti coloro che lavorano nei servizi sanitari deve essere, quindi, quello di mettere a disposizione dell'utente tutte le proprie risorse umane, culturali e strumentali per poter dare una risposta, una soluzione ai problemi del malato/cittadino con piena soddisfazione sia dello stesso che dell'operatore: il futuro dell'assistenza, nell'ottica di un processo di umanizzazione, è basato sulla costruzione ragionata e dinamica di percorsi atti a sviluppare modalità di relazione sempre più rispondenti alle esigenze delle persone e funzionali alla realizzazione degli obiettivi assistenziali.

Gli interventi di sostegno al cittadino si realizzano attraverso la definizione di una tipica relazione di aiuto, nell'ambito della quale gli strumenti di gestione (modalità di comunicazione, contenuti della comunicazione, approccio alla famiglia, ecc.), variano e si adeguano continuamente al mutare delle capacità e possibilità del paziente di stabilire contatti con l'esterno.

La forma di comunicazione più efficace con la persona è quella empatica, a descrizione di una dimensione emozionale intensa, sentita ed ascoltata. Come afferma Paul Watzlawick², uno dei padri della moderna comunicazione, *“comunicare diversamente significa cambiare la realtà”*.

² Paul Watzlawick, psicologo e filosofo austriaco naturalizzato statunitense, eminente esponente della statunitense Scuola di Palo Alto, nonché seguace del costruttivismo, derivante dal pensiero relativista del costruttivismo filosofico.

Cap. 1 La comunicazione

Sin dalla nostra nascita, partecipiamo senza accorgercene al processo di acquisizione delle regole di comunicazione immerse nelle nostre relazioni.

A mano a mano impariamo cosa dire e come farlo, altresì le molteplici forme di comunicazione esistenti nel nostro quotidiano. Senza la comunicazione, l'essere umano non avrebbe potuto avanzare né evolversi fino a diventare quello che è oggi.

Per comunicazione (dal latino cum = con, e munire = legare, costruire e dal latino communico = mettere in comune, far partecipe) si intende il processo e le modalità di trasmissione di un'informazione da un individuo a un altro (o da un luogo a un altro), attraverso lo scambio di un messaggio elaborato secondo le regole di un determinato codice.

Lo studio della comunicazione umana può essere suddiviso in tre sottosectori: sintassi, semantica e pragmatica. Mentre il primo comprende tutte le problematiche legate alla codifica e decodifica dell'informazione, ai canali, alla ridondanza ed al rumore (problemi sintattici); il secondo si occupa del significato della comunicazione per i comunicanti (problemi semantici); il terzo sottosectore, quello pragmatico, si occupa degli effetti della comunicazione sui parlanti, ovvero dell'influenza che questa esercita sul loro comportamento. Paul Watzlawick, punto di riferimento per la terapia familiare e sistemica, si occupa di questo terzo aspetto della comunicazione: la pragmatica.

Quindi la pragmatica studia gli effetti della comunicazione sul comportamento. In un certo senso, questa affermazione è tautologica, poiché comunicazione e comportamento vengono considerate esattamente come sinonimi.

La comunicazione si trova alla base di ogni relazione umana e le relazioni tra gli esseri umani sono determinate da fattori emotivi, cognitivi, motivazionali e

fisici, per cui, la comunicazione coinvolge tutti i livelli della realtà umana e sociale.

Poiché la comunicazione svolge un ruolo prioritario nel processo di assistenza al paziente, la relazione che si instaura con l'assistito rappresenta per il professionista sanitario un aspetto cruciale.

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

Quando si parla di comunicazione in campo sanitario non si parla di qualcosa che ha a che vedere con la gentilezza, la simpatia ma ha che vedere con la professionalità profonda degli operatori sanitari legato all'acquisizione di competenze empatiche.

1.1 I pilastri della comunicazione: i 5 assiomi

Paul Watzlawick ha individuato nei presupposti teorici elencati nel primo capitolo del libro "Pragmatica della comunicazione umana"³, quelli che, ancora attualmente, vengono considerati i fondamentali 5 assiomi della comunicazione umana (Tabella 1)

L'aspetto fondamentale che introduce Watzlawick, è la pragmatica, ovvero come la comunicazione influenza il comportamento e come ne è influenzata. La parola chiave è la relazione che una comunicazione è in grado di evocare tra gli interlocutori.

³ Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D., Pragmatica della comunicazione umana, 1967

1	Non si può non comunicare
2	Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione
3	La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione
4	La comunicazione può essere analogica o numerica
5	Tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari

Tabella 1. I 5 assiomi della comunicazione.

1) Non si può non comunicare

Quando c'è vita, c'è comunicazione. Efficace o no, volontaria o involontaria. Anche decidere di non comunicare (il “silenzio stampa” dei calciatori) in realtà è un atto di comunicazione.

Non è quindi possibile non avere un comportamento. Ne consegue che non possiamo non comunicare. L'attività o l'inattività, le parole o il silenzio, hanno tutte valore di messaggio e influenzano gli altri.

Gli altri, a loro volta, non possono non rispondere a queste comunicazioni e quindi, anche non volendolo, “comunicano”.

Una unità di comunicazione (comportamento compreso) è chiamata messaggio, una serie di messaggi scambiati fra persone è una interazione. Le interazioni possono essere sussunte in modelli di interazione.

Un'ulteriore conseguenza è che “occorre sempre comunicare” e quindi è indispensabile preoccuparsi di: definire una strategia; programmare, organizzare, attuare, controllare il processo di comunicazione.

2) Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto ed un aspetto di relazione

Il secondo “classifica” e “condiziona” il primo e viene definito “metacomunicazione”. Quel che siamo, qui e ora, il nostro viso, il nostro ruolo, il nostro status, le nostre modalità espressive (ritmo, tono, gesti, sguardi) sono tutti messaggi che precedono, accompagnano, modulano, rinforzano o indeboliscono, il contenuto del messaggio.

L'uomo comunica quindi mediante il linguaggio (la parola) e attraverso il corpo (comunicazione analogica); per comunicazione analogica si intende quindi, in generale, ogni comunicazione non verbale.

I canali attraverso i quali vengono percepiti i messaggi trasmessi concorrono al processo comunicativo nella misura del 10% per quanto riguarda il contenuto-messaggio verbale (in altre parole il “che cosa”) e del 90% per quanto riguarda gli elementi della comunicazione non verbale (il “come”). Il “come” è quindi molto più importante, nelle relazioni interpersonali, del contenuto e rende del tutto imprevedibili gli effetti della comunicazione.

3) Il flusso comunicativo è espresso secondo la punteggiatura degli eventi

A seconda della “punteggiatura” usata, cambia il significato dato alla comunicazione e alla relazione. La comunicazione comprende diverse versioni della realtà, che si creano e modificano durante l'interazione tra più individui. Queste diverse interpretazioni dipendono dalla punteggiatura della sequenza degli eventi, ossia dal modo in cui ognuno tende a credere che l'unica versione possibile dei fatti sia la propria. Nella vita di coppia, per esempio, il rischio è quello di osservare la situazione esclusivamente dal proprio punto di vista,

usando cioè la propria punteggiatura e non riuscendo a cogliere quella dell'altro. In particolare, nelle relazioni conflittuali può accadere che si ritenga in torto sempre e solo l'altra parte, come conseguenza di una distorta visione della punteggiatura nella relazione.

La punteggiatura dirige, dunque, il flusso comunicativo e le modalità di interpretarlo; l'influsso della cultura su di essa, ci permette di ottenere almeno la condivisione degli aspetti basilari che servono ad organizzare e codificare esperienze comuni e frequenti.

4) La comunicazione avviene attraverso i canali verbali e non verbali. Il primo utilizza modalità digitali, il secondo criteri definiti analogici.

La comunicazione analogica usa la somiglianza tra la comunicazione e l'oggetto della comunicazione. In questo tipo di comunicazione esiste "qualcosa", una analogia, simile al concetto che si vuole esprimere. Un ponte fra significato e significante. In pratica è ogni comunicazione non verbale (posizione del corpo, espressioni del viso, inflessione della voce) che ha luogo durante l'interazione in un determinato contesto. Con il linguaggio analogico si veicolano prevalentemente gli aspetti di relazione ed esiste un'esatta corrispondenza tra il significato ed il significante. Quest'ultimo mantiene con il primo una relazione non arbitraria, cioè risulta connesso al significato da un'analogia.

Con il linguaggio digitale si veicolano gli aspetti di contenuto citati in precedenza. Ciò che caratterizza questa modalità comunicativa è l'arbitrarietà e l'alto grado di convenzione tra le parole e ciò che rappresentano. L'unione, ad esempio, delle lettere c-a-s-a riproducono nella nostra mente ciò che tutti sappiamo: una casa. Ma avrebbero anche potuto rappresentare un albero, un fiume o quant'altro, senza modificare le qualità originarie della casa.

La congruenza tra i due sistemi è un elemento a cui facciamo continuamente riferimento nel corso delle nostre interazioni con gli altri.

5) Gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari.

Nelle relazioni simmetriche si ha un rapporto paritario tra i due poli della comunicazione, in quanto nessuno dei due attori accetta un ruolo di dipendenza. Siccome quest'atteggiamento non assume un tono neutro in cui le due forze si annullano, ma piuttosto è connotato di una vera e propria disputa, si assiste ad un'escalation d'aggressività, paragonabile ad una corsa agli armamenti, un processo che Gregory Bateson⁴ (Naven,1988) definì "schismogenesi". Nelle relazioni complementari invece, uno dei due soggetti in un momento specifico dell'interazione riconosce le posizioni e l'interdipendenza dell'altro. L'effetto è in questo caso il consolidamento e l'efficacia della comunicazione, in quanto i diversi comportamenti dei partecipanti rispecchiano i ruoli che ognuno ha all'interno del contesto. Ciò, ovviamente, non significa che dominare o sottomettere l'avversario sia la conditio sine qua non della comunicazione efficace, tutt'altro. Infatti, Watzlawick prevede che ci sia anche una forma di relazione simmetrica sana, dove l'aspetto dell'accettazione dei ruoli porta alla fiducia reciproca ed alla conferma delle aspettative che si hanno verso l'altra persona. La complementarità diviene disfunzionale solo quando irrigidisce e cristallizza l'altro in forme immutabili, soffocandone la personalità e costringendolo in una posizione di "dipendenza emotiva ed intellettuale" (Gulotta, La psicologia della vita quotidiana,1995)⁵. I ruoli non sono maschere che una volta indossate restano in eterno sul volto degli individui. Il riconoscimento dei ruoli varia da momento a momento, da comunicazione a comunicazione, da contesto a contesto. Quest'assioma ribadisce dunque che non si può comunicare efficacemente se si oscurano le caratteristiche dell'altro, e che

⁴ Gregory Bateson ,antropologo, sociologo e psicologo britannico, il cui lavoro ha toccato anche molti altri campi (semiotica, linguistica, cibernetica...)

⁵ Guglielmo Gulotta ,avvocato e psicologo italiano. Professore ordinario di psicologia noto altresì per la sua attività scientifica nel campo della psicologia giuridica.

solo ad avvenuto ri-conoscimento e allo stabilirsi dell'interdipendenza, all'alternarsi sapiente di complementarità e parità, la nostra realtà s'integra con quella delle persone che ci circondano (Gulotta, 1995).

Si ha un'interazione simmetrica quando gli interlocutori, tramite le loro comunicazioni, si considerano di pari livello, sullo stesso piano: nessuno dei due sembra voler prevalere o essere subordinato all'altro, come genericamente nel caso degli amici o dei colleghi. L'interazione complementare si ha invece quando gli interlocutori non si considerano sullo stesso piano, e ciò risulta dalle loro comunicazioni, che pongono uno dei due in una posizione superiore (one-up) e l'altro subordinata (one-down).

1.2 Le principali tecniche di comunicazione

La comunicazione è condivisione, è interazione, è feedback. Non è quindi solo passaggio unidirezionale di notizie e di informazioni.

I fattori della comunicazione sono sei oltre al mittente, il ricevente ed il messaggio (Tabella 2), sono determinanti nella genesi e nella percezione della comunicazione:

- il codice del messaggio
- il contesto in cui si svolge la comunicazione
- il canale comunicativo

Nel processo comunicativo si trasferiscono significati da una persona ad altre per influenzarne reciprocamente il pensiero e il comportamento.

Gli elementi della comunicazione



Tabella 2. Gli elementi della comunicazione (Modello di Shannon-Weaver 1949).

La comunicazione può essere verbale, non verbale o paraverbale.

- verbale

- eloquio: considerato un mezzo privilegiato di comunicazione; presuppone che il ricevente ascolti

- ascolto: processo intellettuale che richiede concentrazione e coinvolgimento emotivo

- intonazione: il tono della voce trasmette il 23% del contesto di un messaggio

- scrittura e lettura: perché avvenga la comunicazione, il ricevente deve leggere le parole, comprenderle e attribuire ad esse un significato

- non verbale

- cinesica : stazione eretta (contatto oculare, posizione del corpo), differenziazione ed articolazione della muscolatura del volto (in relazione alla notevole gamma di emozioni), linguaggio universale (Ekman, studio delle sei

emozioni principali comuni in tutte le culture: gioia, tristezza, sorpresa, disgusto, paura, rabbia), gesti illustratori (la comunicazione verbale e ne sottolineano gli elementi salienti come indice puntato verso l'oggetto del discorso, pugno alzato in senso di aggressione, braccia in avanti con il palmo aperto in senso di affiliazione/sottomissione), gesti regolatori (modulano i turni di conversazione come indice verticale di fronte alle labbra: silenzio, mano alzata per chiedere la parola), gesti emblematici (hanno un significato intrinseco legato alla cultura di appartenenza), gesti manipolatori (specchio dello stato emotivo, si intensificano in caso di disagio)

-cinetica : postura (come il corpo occupa lo spazio e come le varie parti del corpo sono in relazione fra loro, il corpo si chiude), prossemica (gestione dello spazio nelle interazioni)

- paraverbale

fa riferimento all'insieme dei suoni emessi nella comunicazione.

Si tratta, dunque, di un fattore legato all'utilizzo della voce per comunicare. Il linguaggio verbale, infatti, non è fatto solamente di parole, ma anche dal modo in cui moduliamo e utilizziamo la voce per comunicare.

-tono: è uno dei fattori più importanti di una comunicazione. Esso può essere percepito in modo diverso dall'ascoltatore; ad esempio, il tono può essere arrabbiato, sereno, triste, felice, sarcastico e così via.

Con il tono andiamo ad indicare lo stile della comunicazione ed è un elemento potentissimo per far assumere al linguaggio un significato invece di un altro, a prescindere dall'effettivo contenuto verbale.

-ritmo: la velocità della comunicazione, che molto spesso è indice di uno stato d'animo particolare. Dal ritmo si può intuire se un soggetto è agitato, nervoso oppure completamente disteso (solitamente, si tende a parlare molto velocemente in situazioni di forte imbarazzo, come potrebbe essere parlare davanti ad una folta platea.)

Un'accelerazione nel ritmo può causare tensione in chi ascolta, mentre al contrario un ritmo lento è in grado di trasmettere calma e tranquillità.

-timbro: il particolare profilo o carattere distintivo di un suono emesso da una voce. Si tratta del registro vocale tipico della persona, anche chiamato colore vocale. Possiamo descrivere un timbro con una molteplicità di aggettivi come avvolgente, rauco, profondo, vivace e così via.

-volume: è un aspetto molto importante del linguaggio paraverbale. Modulando il volume, è possibile variare l'intensità di quel che viene detto e ad enfatizzare alcune parole. Generalmente, le persone che parlano con un volume di voce basso vengono percepite come timide, insicure e con una bassa autostima. Bisogna, però, fare attenzione a non esagerare: alzare troppo il volume può trasmettere anche prepotenza o aggressività.

1.3 Le teorie del nursing e la comunicazione

Le Teorie del Nursing sono un orientamento per la pratica professionale. Le teorie devono dare un'impronta intellettuale allo svolgimento delle prestazioni infermieristiche. Sono una guida concettuale del pensare e dell'agire infermieristico. Le diverse teorie del nursing si distinguono per le differenti definizioni e le relazioni che sviluppano intorno e attraverso il metaparadigma dell'infermieristica, ovvero i quattro concetti fondamentali: uomo/assistito, salute/malattia, ambiente/contesto sociale, assistenza infermieristica e in base alla gerarchia che assegnano loro. In particolare, Peplau e Watson, sono le due teorie che meglio hanno affrontato il tema della comunicazione nella teoria.

1.3.1 Hildegard Peplau

Per Hildegard Peplau⁶ l'infermieristica è un processo interpersonale e sia il paziente che l'infermiera hanno un ruolo ugualmente importante nell'interazione terapeutica.

La stessa Peplau nella sua opera principale, *Interpersonal Relation in Nursing* (1952), definisce il Nursing "*un significativo processo terapeutico interpersonale*", inoltre un "*rapporto umano fra un individuo malato o bisognoso di servizi sanitari ed un'infermiera professionalmente preparata a riconoscere tali bisogni e rispondere con l'aiuto adeguato al paziente*". Differentemente da altre teoriche, che si soffermano molto sulla fase iniziale di osservazione e di raccolta dati, la sua teoria ha una struttura concettuale che scaturisce da un lungo periodo di osservazione metodica e dalla cognizione che i fenomeni di interazione possiedono un notevole significato di tipo qualitativo-terapeutico per i risultati ottenuti. Tale riflessione implica la necessità da parte dell'infermiere di sviluppare conoscenze opportune.

La variabile società è presa scarsamente in considerazione dalla Peplau che pone invece l'accento su quello che avviene "all'interno della persona".

La relazione infermiere-paziente ideata da Peplau prevede quattro fasi:

1. orientamento: l'infermiere, il paziente e, in alcuni casi, i familiari si incontrano e collaborano per instaurare una relazione positiva e per fare in modo che la persona non viva con tensione la percezione del suo bisogno;
2. identificazione: il paziente si identifica con colui che potrà aiutarlo attraverso un chiarimento di aspettative e modalità di comportamento che permette al

⁶Hildegard Peplau, un'infermiera statunitense. È stata una teorica dell'infermieristica, nota per aver postulato la teoria del "nursing psicodinamico". Fu la prima teorica ad essere pubblicata dopo Florence Nightingale, e diede un significativo contributo nel trattamento dei pazienti con disturbi comportamentali o di personalità.

paziente di raggiungere la consapevolezza delle proprie chances di ovviare al suo problema;

3. sviluppo: infermiere e paziente progettano insieme gli obiettivi da raggiungere e il paziente matura l'idea di essere in grado di auto-assistersi;
4. risoluzione: il paziente si affranca gradualmente dall'identificazione con l'infermiere fino allo scioglimento del rapporto terapeutico.

Lo sviluppo delle fasi spiegate da Peplau è stato adottato dalla comunità infermieristica, poiché offre un metodo fattibile e costituisce un modello basato su teoria e pratica che promuove una relazione di dipendenza necessaria per trovare soluzioni a un bisogno insoddisfatto.

A parere degli scriventi questo modello è molto utile per prevenire la sindrome del burn out, in quanto “il crescere insieme alla persona con disagio” permette di vivere il processo assistenziale e la relazione con le persone in stato di necessità in un'ottica positiva, e non negativa, dove diventa importante rafforzare il concetto di crescita e di maturazione professionale dell'operatore insieme all'assistito.

1.3.2 Jean Watson

I concetti teorici di Jean Watson⁷ poggiano le proprie basi sulla cultura umanistica e in particolare sulle opere degli psicologi Carl R. Rogers⁸, Erik Erikson⁹ e Abraham Maslow¹⁰ e del filosofo Martin Heidegger¹¹. Anzi la

⁷ Jean Watson , teorica infermiera americana e una professoressa infermieristica che è meglio conosciuta per la sua “teoria della cura umana”.

⁸ Carl R. Rogers , psicologo statunitense, fondatore della terapia non direttiva e noto per i suoi studi sul counseling e la psicoterapia all'interno della corrente umanistica della psicologia.

⁹ Erik Erikson ,psicologo e psicoanalista tedesco naturalizzato statunitense.La sua figura ha assunto particolare rilievo per aver inserito i problemi della psicoanalisi infantile in un contesto di ricerche antropologiche e sociologiche.

¹⁰ Abraham Maslow ,psicologo statunitense. Principalmente noto per la sua teoria sulla gerarchizzazione dei bisogni, è collocato dal giornale scientifico The Review of General Psychology al decimo posto tra gli psicologi più citati del ventesimo secolo.

¹¹ Martin Heidegger ,filosofo tedesco. È considerato il maggior esponente dell'esistenzialismo ontologico e fenomenologico, anche se egli stesso ha rigettato quest'ultima etichetta.

Watson sottolinea la necessità degli infermieri di impadronirsi della cultura umanistica per esercitare la loro attività in modo efficace, creativo e professionale.

La teoria della cura di Jean Watson fornisce agli infermieri una bussola morale da cui lavorare. Oggi, secondo la Watson, *"Il ruolo umanistico dell'assistenza [nel nursing] è minacciato dalla sempre maggiore tecnologia medica e dai limiti burocratico-direttivo- istituzionali nella società dell'era nucleare. Contemporaneamente c'è stata una proliferazione di cure e di trattamenti improntati alla tecnica, spesso senza tener conto dei costi"*.

È sbagliato inoltre, secondo la Watson, identificare, come si fa oggi, l'assistenza sanitaria con la sola assistenza medica, che si limita alla diagnosi, al trattamento della malattia e alla prescrizione di farmaci.

La Watson critica la deriva tecnologica della medicina contemporanea, che vede l'infermiere rispondere più alle richieste delle macchine che ai bisogni dei pazienti. Incoraggia l'infermiere moderno ad andare, nella sua attività, oltre le certezze della medicina scientifica e di utilizzare concetti e tecniche anche della medicina complementare.

La Watson propone sette presupposti della scienza infermieristica:

1. L'assistenza può essere praticata in modo efficace solo se è interpersonale.
2. L'assistenza è tesa a soddisfare alcuni bisogni umani.
3. L'assistenza efficace promuove la salute e la crescita individuale o familiare.
4. L'infermiere accetta la persona non soltanto per come è ora, ma anche per quello che può diventare.
5. L'infermiere permette alla persona assistita di sviluppare il proprio potenziale umano e, nello stesso tempo, offre la possibilità di scegliere l'azione migliore per sé stessa.

6. L'assistenza è più efficace della cura per quanto riguarda la salute nella sua globalità. La scienza dell'assistenza e la scienza della cura sono complementari.

7. La pratica dell'assistenza è fondamentale per gli infermieri.

Watson introduce il concetto di “carative” come contrappunto alla tendenza “curative” della scienza medica. Individua 10 fattori: sono le attività e gli orientamenti principali che un infermiere professionista usa nel prestare assistenza. Sono le pratiche professionali comuni e necessarie che fanno dell'assistenza infermieristica una distinta professione di aiuto (caring), al di là di semplici interventi tecnici e al di là della routine medico-clinica convenzionale (Tabella 3)

La Watson ritiene che gli infermieri applichino costantemente i Carative Factor (C.F.), ma non ne sono consapevoli. Infatti, tendono a dare per scontato ciò che fanno e non danno un nome ai fenomeni di cui quotidianamente si occupano, così non si valorizza l'unicità e l'importanza del contributo professionale infermieristico.

1. La formazione di un sistema di valori umanistico altruistico
2. L'infusione di fede e speranza
3. La cura della sensibilità verso sé stessi e gli altri
4. Lo sviluppo di una relazione di aiuto e di fiducia
5. La promozione e accettazione dell'espressione di sentimenti positivi e negativi
6. La sistematica adozione del processo scientifico del problem-solving per l'assunzione delle decisioni
7. La promozione di un insegnamento interdisciplinare
8. La creazione di un ambiente mentale, fisico, socioculturale e spirituale che abbiano natura supportiva, correttiva
9. Aiuto nella soddisfazione dei bisogni umani
10. Il riconoscimento delle forze esistenziali fenomenologiche

Tabella 3. *Le 10 attività dell'infermiere nell'assistenza (carative factor).*

Secondo Jean Watson l'ambiente fa la differenza. L'ambiente non è inteso come ambiente fisico, Watson identifica l'ambiente con l'infermiere: l'infermiere è l'ambiente. La relazione infermiere-paziente è fondamentale affinché l'assistito non perda mai la percezione di essere una persona. L'infermiere deve sviluppare la consapevolezza di quanto sia importante l'erogazione di un “caring” umano per il processo di guarigione del paziente.

Importanti, nella teoria olistica della Watson, sono le nozioni di empatia, ossia la capacità di sperimentare e quindi di capire, le percezioni e i sentimenti di un'altra persona e di comunicarli, di congruenza, la volontà cioè di essere reali, onesti, genuini ed autentici e infine, quella di calore non possessivo, un atteggiamento che si dimostra con un tono di voce moderato, una postura rilassata e aperta e con conseguenti ed adeguate espressioni del viso.

Per i bisogni umani che il processo di assistenza si sforza di gratificare, la Watson si rifà alla gerarchia dei bisogni umani formulata da Maslow, proponendo tuttavia una propria personale classificazione:

-Bisogni di ordine inferiore (bisogni biofisici): necessità di cibo o di liquidi, necessità di eliminazione, necessità di ventilazione.

-Bisogni di ordine inferiore (bisogni psicofisici): necessità di attività e di riposo, necessità di sessualità.

-Bisogni di ordine superiore (bisogni psicosociali): necessità integrative; bisogno di conseguire risultati, bisogno di affiliazione.

-Bisogni di ordine superiore (bisogni intrapersonali e interpersonali): bisogni di ricerca e di crescita, bisogno di autorealizzazione

Il concetto di salute della Watson è quello formulato dall'Oms di completo benessere fisico, psichico e sociale, cui la teorica americana aggiunge una particolare attenzione allo stile di vita, alle condizioni sociali e all'ambiente. Secondo la Watson è lo stesso individuo che dovrebbe definire il proprio stato di salute o di malattia.

La teoria della Watson pone il paziente al centro della pratica infermieristica, piuttosto che la tecnologia e sottolinea l'importanza dei fattori psicologici, sociali e spirituali nel processo di assistenza.

Quindi, il nursing secondo la Watson, si radica nelle discipline umanistiche e nelle scienze naturali. Esso ha lo scopo di promuovere la salute, prevenire la malattia, curare i malati e ripristinare il benessere. Di più: il nursing si deve prefiggere di aiutare le persone a raggiungere un elevato livello di armonia con sé stesse, promuovendo l'autoconoscenza., l'autoguarigione e l'approfondimento del significato della vita, *"Il prendersi cura è l'essenza dell'infermiere."*(Jean Watson)

Cap. 2 Le Medical Humanities

In un momento in cui la medicina rischia di concentrarsi unicamente sugli aspetti scientifici e tecnologici, è necessario ripristinare e promuovere l'importante rapporto che è sempre esistito tra la pratica medica e tutto l'ambito umanistico. Da sempre infatti, le scienze umane hanno offerto un apporto fondamentale allo sforzo di acquisire un'idea completa della malattia, delle cure mediche e dell'assistenza al malato; non per trovare una spiegazione, ma per un'intendimento profondo della persona ammalata, a livello personale e sociale, al fine di favorire una maggiore comprensione empatica del sé, dell'altro e del processo terapeutico.

Le Medical Humanities (MH) nascono negli Stati Uniti come un movimento di opinione con un'avversione alla tendenza a separare il protocollo tecnico dall'evento umano.

Secondo David Greaves¹² diverse sono le discipline che possono rientrare nelle Medical Humanities, a seconda della concezione che si ha di queste ultime e la loro applicazione sia nell'educazione medica che nella pratica clinica. *“Le Medical Humanities servono per imparare a comprendere gli esseri umani nella loro specificità e unicità”* (Rita Charon¹³).

La mission delle MH è quella di guardare alla tutela e alla cura della salute come responsabilità collettiva abbracciando altresì l'intero panorama dei problemi antropologici inerenti la cura e la salute. Ragionano non solo sulle finalità della scienza, sulla formazione e l'esercizio della professione di tutti i protagonisti dell'ambito della ricerca e dell'assistenza sanitaria ma altresì sul ruolo e i compiti di chi organizza il sistema e gli strumenti utili alla tutela della salute.

¹² The nature and the role of medical humanities. Medical Humanities, 2001

¹³ Rita Charon medico, studioso letterario e fondatore e direttore esecutivo del programma di medicina narrativa presso la Columbia University

Le MH vogliono essere luogo in cui la medicina non solo rafforza i propri rapporti con le scienze sociali e comportamentali (sociologia, psicologia, diritto, economia, storia, antropologia culturale) ma dove può entrare in dialogo con la filosofia morale (bioetica e teologia morale) e con gli apporti delle arti espressive (letteratura, teatro, arti figurative).

Tramite l'approccio multidisciplinare che le caratterizza, intendono fornire alla medicina e a tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura gli strumenti necessari per comprendere tanto le malattie quanto la salute in un contesto sociale e culturale sempre più esteso, al fine di favorire una maggiore comprensione empatica di sé, dell'altro e del processo terapeutico.

Le Humanities si definiscono come l'insieme dei diversi ambiti disciplinari che rientrano nelle cosiddette "scienze con un paradigma narrativo". Le storie rappresentano tanto l'oggetto di studio di alcune di queste discipline, che uno strumento di conoscenza e di ricerca. Le narrazioni di malattia sono particolari tipi di storie. Quindi nel "grande contenitore" delle Humanities rientrano le storie, che a loro volta comprendono le narrazioni di malattia, cioè le *Illness Narratives*, o le scritture di malattia, cioè le *autopathographies*.

Poiché le scienze umane si riferiscono a paradigmi narrativi si può sostenere che, benché Humanities, storie e narrazione/scritture di malattia si collochino a livelli concettuali diversi esse sono accumulate da un "nucleo duro" di tipo narrativo. Detto questo si può affermare che le Medical Humanities servono per imparare a comprendere gli esseri umani, nella loro specificità e unicità.

Nello specifico, le Medical Humanities consentono di sviluppare una riflessione approfondita sui grandi temi ricorrenti in ambito socio-sanitario, quali per esempio il rapporto con il paziente, il significato della malattia, la morte e il morire, il rapporto tra medicine, minoranze e culture o la malattia mentale, l'handicap, l'invecchiamento, la malattia terminale, il corpo sano e malato.

Le MH aiutano insomma ad andare in profondità nell'analisi dell'esperienza di malattia, insegnando prima a osservare con attenzione il paziente e poi a scavare ben al di sotto della superficie del fenomeno patologico e dei segni e sintomi medici col quale esso si presenta.

2.1 L'umanizzazione delle cure

“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”

Così recita l'art.4 del nuovo Codice Deontologico degli Infermieri¹⁴ (13 aprile 2019) in cui viene inserito il concetto di relazione di cura. Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, quindi nel proprio agire professionale c'è una relazione di cura che sicuramente non è quando si sta in ufficio a fare crocette ma quando si è davanti al paziente, e aggiunge, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Quel “anche” ci dice che una relazione di cura può avere altri metodi o strumenti ma ne indica due: l'ascolto e il dialogo. L'infermiere che ascolta il paziente lo fa perché è il suo lavoro rilevare un problema e quindi ne risponde non dando istruzioni ma impostando un dialogo e se siamo in un contesto di agire professionale si crea la relazione di cura.

¹⁴ Nuovo Codice Deontologico degli Infermieri, 13 aprile 2019

Nella Carta di Firenze¹⁵ (14 aprile 2005) redatta da alcuni dei principali esperti del settore medico-sanitario, propone una serie di regole che devono stare alla base di un nuovo rapporto, non paternalistico, tra operatore sanitario e paziente.

Punto 5 *“Il tempo dedicato all’informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura.”* Il punto cinque è cruciale: definisce, come già nel Codice Deontologico, il tempo dedicato all’informazione, alla comunicazione e alla relazione come tempo di cura. La fretta impedisce l’ascolto, non dà la possibilità di rispondere a ciascuno secondo le proprie esigenze. Lo evidenziano le registrazioni in ambulatorio. C’è poi un tempo interno, mentale: è la disponibilità del medico a concentrarsi sul suo interlocutore e a concedergli un tempo suo e a lui dedicato. Il rapporto con il malato non deve essere improntato alla fretta ma piuttosto alla massima disponibilità e calma. Non si può “mettere fretta” all’ammalato perché si hanno altri impegni ma bisogna ascoltare con la massima attenzione e calma tutte le informazioni, i problemi e quanto altro il malato ci vuole trasmettere; lo stesso raccontare può avere per l’ammalato una azione terapeutica e comunque stabilire un rapporto basato sulla fiducia richiede da parte del medico la massima disponibilità.

Punto 15 *“La formazione alla comunicazione e all’informazione deve essere inserita nell’educazione di base e permanente dei professionisti della Sanità.”*

In questo punto della Carta di Firenze sancisce che la formazione alla comunicazione e all’informazione deve essere inserita nell’educazione di base e permanente dei professionisti della Sanità. Le abilità comunicative non sono una presenza sicura, né possono essere affidate all’istinto o all’attitudine dei singoli. Devono essere oggetto di percorsi formativi specifici quindi è importante effettuare una formazione continua. L’obiettivo è quello di evidenziare i percorsi assistenziali per l’umanizzazione delle cure in terapia intensiva.

¹⁵ Carta di Firenze, 14 aprile 2005

Non è quindi un percorso individuale o per pochi, è invece un processo che prevede più attori che dialogano tra di loro.

Proprio per questo scopo l'ANIARTI (Associazione Nazionale Infermieri Area Critica) ha istituito un corso FAD proprio sull'umanizzazione delle cure affinché la formazione del personale, cioè l'addestramento inteso come l'insegnamento di un insieme di pratiche relative ad una precisa attività.

Il tema dell'umanizzazione delle cure è centrale per un'Azienda sanitaria e non può essere lasciato alla sensibilità dei singoli, ma deve rimandare a uno standard condiviso a livello aziendale.

Tutto questo, non a caso, deve indurre a riflettere gli infermieri di come la professione sta evolvendo

Cap. 3 Rita Charon e la nascita della Medicina Narrativa

La centralità del racconto nella rappresentazione del proprio stato di salute, del proprio percorso di vita, o meglio di malattia, ha iniziato a farsi strada a partire dai primi studi condotti da Rita Charon della Columbia University.

Secondo Rita Charon, la narrazione può farci scoprire molti aspetti della relazione terapeutica che si instaura tra paziente e medico. Attraverso il racconto, l'ascolto attivo, la scrittura e la lettura il medico diventa l'agente della metabolizzazione del vissuto del paziente e il tramite attraverso il quale reinterpretare tale vissuto, restituendolo al paziente, aumentandone la sua consapevolezza.

Rita Charon sottolinea quanto sia fondamentale, nel processo di presa in carico e di cura, permettere uno spazio di parlabilità dei vissuti dei pazienti e di ascolto da parte del personale medico tutto il racconto che il paziente fa di sé: tale relazione, tra medico e paziente, fa sì che si venga a costituire quello spazio fattivo e simbolico nel quale si costruiscono nuove forme di senso da attribuire all'esperienza del paziente. Dare un senso alle storie permette, sia ai pazienti che ai medici, di sentirsi parte di una comunità più ampia, viene stemperato in parte il vissuto della solitudine che inevitabilmente colpisce chi si ammala e permette di sentirsi e visti sempre e comunque nella propria dignità di persone e non solo come "oggetti" di cura.

Le narrazioni di malattia (o patografie) dimostrano quanto sia doloroso raccontare la sofferenza, ma anche permettono ai pazienti di dare voce a ciò che vivono e sentono e di riappropriarsi, almeno in parte, del controllo su quanto sta avvenendo: raccontare permette, insomma, di far sentire le persone ancora padrone della propria storia.

La pratica della medicina narrativa è definita dalla Charon dalla triade di attenzione, rappresentazione e affiliazione: dimensioni di significato, oltre a strumenti operativi, che umanizzano profondamente la pratica medica. Medicina narrativa significa sviluppare una disposizione di attento e costante ascolto del paziente, che permetta una sua conoscenza individuale. Infatti, quando noi pensiamo narrativamente, stiamo cercando di comprendere un singolo caso. In quest'ottica narrativa, la medicina si trasforma in una scienza degli individui. La Medicina Narrativa non si riduce però a una semplice ricezione di una storia di malattia, ma richiede competenze «interpretative», ossia di attribuzione di significato, e soprattutto la capacità di rispondere narrativamente alla storia.

Ovviamente la Medicina Narrativa si basa su un'etica ben precisa:

- Riservatezza e rispetto della privacy.
- Rispetto dei valori della persona: non irridere e non giudicare le diversità.
- Riconoscenza per il dono delle esperienze dolorose altrui, che aiutano la crescita psico-emotiva personale.
- Attenzione all'etica del quotidiano, nelle situazioni reali di cura.

Tale processo, quello di umanizzazione delle cure, rappresenta una sorta di “rivoluzione” nel campo medico. Sempre più la complessità delle storie di vita e, a maggior ragione, delle storie di malattia impone un approccio pluralista alla presa in carico del paziente. Un salto di paradigma i cui effetti sono visibili nel beneficio che i pazienti traggono dall'essere ascoltati, compresi e aiutati ad accettare prove difficili attraverso una restituzione del loro vissuto.

3.1 Il Nursing narrativo

L'infermieristica narrativa nasce come una tecnica di comunicazione che pone attenzione alle storie di malattia per comprendere in modo più approfondito i pazienti e i loro bisogni.

Penso che le emozioni e le sensazioni di ogni paziente dovrebbero essere oggetto dell'attenzione dell'infermiere, poiché questo significherebbe passare dalla prospettiva del curare a quella del prendersi cura, ovvero to care.

Quindi andare oltre la concezione della malattia come insieme di segni e sintomi, quella che conosciamo con il nome di disease, per considerare la malattia come un'esperienza vissuta dal paziente e quindi illness.

L'utilizzo del metodo narrativo nel processo assistenziale restituisce la centralità alla persona e consente agli infermieri di ampliare la visione della malattia, senza fermarsi alla superficie.

Gli studi dimostrano che la somministrazione di un farmaco di nascosto è meno efficace di una somministrazione accompagnata da una relazione e una narrazione. In particolare, gli studi mostrano l'efficacia del placebo, o del nocebo, proprio per il trattamento del dolore. La narrazione che accompagna la somministrazione può creare aspettative positive che generano effetti analgesici come un farmaco, attraverso l'attivazione di endorfine, sostanze simili alla morfina, ma prodotte dal nostro cervello. Come scrive Fabrizio Benedetti¹⁶,: *“qualsiasi terapia ha due componenti: la prima è rappresentata dagli effetti specifici, per esempio di un farmaco, mentre la seconda è costituita dall'aspettativa del beneficio terapeutico”*¹⁷

¹⁶ Fabrizio Benedetti ,neurofisiologo, professore di fisiologia e neuroscienze presso la Facoltà di medicina dell'Università di Torino a Torino, Italia e ricercatore nel campo degli studi sul placebo. È noto per le sue ricerche sugli effetti placebo e nocebo.

¹⁷Benedetti F., L'effetto placebo. Breve viaggio tra mente e corpo, 2012

In Italia la Narrative Based Nursing (NBN) si è evoluta negli ultimi dieci anni, in particolare nel campo della ricerca qualitativa, nella valutazione della dimensione emica della malattia da parte del paziente. La prospettiva narrativa diventa strumento dell'infermieristica, introducendo nell'universo disciplinare e pratico con ancora maggiore forza la dimensione illness della salute, oltre quella classica relativa al guasto bio-meccanico propria del disease o quella socio-istituzionale della sickness. In tal modo riesce a definirsi come strumento non solo di ricerca ed elaborazione teorica, ma anche e soprattutto come strumento per la valutazione e la ridefinizione stessa dell'infermieristica. Un'ottica lungo la quale è stato condotto il presente lavoro con l'obiettivo di valutare l'intervento infermieristico attraverso le storie di vita e di malattia.

Cap. 4 L'empatia

*“L'empatia, da un punto di vista scientifico, è la proiezione della propria coscienza in un altro essere”*¹⁸ così viene definita da Roberto Assagioli¹⁹. Essere empatici richiede quindi un'abilità e, soprattutto, un atteggiamento interpersonale (sospensione del giudizio) che dimentica il proprio sé (senza abbandonare la propria visione della realtà) e che si può raggiungere solamente lasciandosi pervadere da un vivo e sincero interesse per la persona che si vuol capire.

L'essenza dell'empatia sta pertanto nel cogliere quello che gli altri provano senza bisogno che lo esprimano verbalmente o in altri modi non verbali.

Quando manca questa abilità, questa sensibilità, siamo sordi emotivamente e la percezione degli altri si può tradurre in errate interpretazioni dei sentimenti, in letture stereotipate, in indifferenza. Tutte cause che impediscono/ostacolano una comunicazione fluida ed efficace.

*“Essere empatici – afferma Assagioli – significa accostarsi agli altri con simpatia, con rispetto, perfino con meraviglia e stabilire così un profondo rapporto interiore”*²⁰.

L'importanza dell'empatia nelle relazioni interpersonali è quindi rilevante. Secondo Carl Rogers²¹, l'efficacia di un processo di comunicazione è addirittura direttamente proporzionale al livello di empatia esistente tra emittente e ricevente.

¹⁸ Assagioli R., L'atto di volontà, 1973

¹⁹ Roberto Assagioli, psichiatra e teosofo italiano, fondatore della psicointesi

²⁰ Assagioli R., L'atto di volontà, 1973

²¹ Carl Rogers, teorico e sociologo della comunicazione americano, psicologo statunitense, fondatore della terapia non direttiva e noto per i suoi studi sul counseling e la psicoterapia all'interno della corrente umanistica della psicologia

Ma l'empatia non è un'esclusiva delle relazioni interpersonali. Va utilizzata anche nel momento in cui si progetta un piano di comunicazione ed il nostro pubblico è ampio e variegato, anche se in questo caso si parlerà più propriamente di ascolto organizzato.

Dinanzi ad una audience vasta ed eterogenea, queste le modalità e gli approcci più utilizzati:

- a) mirare il messaggio laddove si percepisce la presenza di un ricevente chiaro e identificabile;
- b) utilizzare persone note e conosciute in funzione di audience;
- c) utilizzare “gruppi di controllo” con funzione di audience.

4.1 L'empatia cognitiva e relazionale

Il lavoro di infermieri, medici, psicologi, operatori sociali, richiede la capacità di fare proprie, se pure in maniera controllata, le emozioni degli altri.

Vengono identificate tre forme di empatia:

- L'empatia emotiva, o capacità di accettare e capire il mondo emotivo del paziente contenendo le sue angosce.
- L'empatia cognitiva, capacità di accogliere il mondo razionale del paziente, con i suoi pensieri e valori.
- L'empatia intuitiva, o capacità del terapeuta di arrivare ad una verità e passare alle conclusioni grazie ad un insight.

L'empatia è stata anche suddivisa in cinque concettualizzazioni da Kunnyk e Olson²²:

1. L'empatia come un tratto del volto umano, una abilità innata.

²² Kunnyk D., Olson J.K., “Clarification of conceptualizations of empathy”, “Nursing theory and concept development or analysis”, 2001

2. Uno stato professionale, un'abilità comunicativa comprensiva in primo luogo di componenti cognitive comportamentali che sono usate per comprendere le realtà dei pazienti. Questo tipo di empatia include la distanza emotiva del paziente.

3. L'empatia come processo di comunicazione, focalizzata su tre stadi: l'empatia potenziale (l'infermiere percepisce e capisce la situazione del paziente), l'empatia espressa (l'infermiere capisce le emozioni e le situazioni del paziente), l'empatia ricevuta (il paziente percepisce la comprensione dell'infermiere).

4. L'empatia come cura. In questo processo il paziente deve essere capito e non considerato come l'esito di un processo empatico. Per la prima volta si parla di introspezione.

5. L'empatia come relazione reciproca da sviluppare col tempo tra l'infermiere e il paziente, con interventi competenti e risposte ai bisogni identificati come antecedenti l'empatia.

L'infermiere si accorge quando sta entrando in contatto con il paziente. Forse per un certo modo di parlare della malattia o per il linguaggio che usa. Il paziente solo quando diventa oggetto delle premure di qualcuno può riconsiderarsi come soggetto e può finalmente permettersi di ricercare quel significato del vivere che altrimenti la malattia e la separazione non permetterebbero di ricercare.

Egli richiede il soddisfacimento dei suoi bisogni: il bisogno d'identità e di reciproco rispetto, il bisogno di comunicare, di essere ascoltato e capito, di essere accettato per quello che egli è. *“L'empatia è l'essenza di un'infermiera”* (Jean Watson.)

La condivisione empatica deve essere seguita da un'adeguata elaborazione mentale. Operatori sanitari e sociali corrono il rischio di sviluppare forme di sofferenza psichica e fisica in conseguenze dello stress che subiscono sul lavoro.

4.1.1 L'empatia e il burnout

L'empatia cognitiva, come già detto, si fonda sulla capacità di riflettere sui sentimenti altrui e di comprendere il suo stato d'animo. Essa vede coinvolti il solco temporale superiore, i poli temporali e la giunzione tempo parietale, e compare nei bambini prima che compiano un anno, continuando a svilupparsi fino all'età adulta.

Sebbene l'empatia ci aiuti ad instaurare legami profondi e ci spinga verso la comprensione dell'altro e dei suoi stati d'animo, essa spesso viene "evitata" poiché considerata dolorosa. Infatti, se le emozioni provate generano stress o tristezza, diventa difficile "assistere in maniera attiva" alla sofferenza dell'altro individuo.

Lo stress è “squilibrio tra risorse individuali disponibili e richieste ambientali”²³. Uno stress cronico da lavoro può portare al “Burnout”, una condizione caratterizzata da esaurimento emotivo che porta alla “fuga psicologica” caratterizzata da distacco, ritiro, cinismo e rigidità.

Gli effetti negativi del burnout paralizzano il processo di aiuto producendo irritabilità ed eccitabilità emotiva; riducendo l'efficienza dell'infermiere.

Questo accade spesso in alcune professioni, come quelle sanitarie, in cui entrare in contatto continuamente con il dolore altrui può condurre a situazioni di burnout, interferendo col corretto esercizio della professione e accrescendo nell'operatore sensazioni di inadeguatezza e di malcontento.

"Difenderci" dall'empatia, ciò nonostante, non costituisce la soluzione al problema. Piuttosto si rende necessario un "esercizio", una sorta di allenamento volto ad insegnare che l'empatia non deve essere vista come una continua esposizione alla sofferenza, ma come un requisito indispensabile per "costruire"

²³ Santinello M.: Lo stress: aspetti generali e riflessi relazionali. Atti del X Congresso nazionale ANIARTI, Rimini Novembre 1991.

una relazione di cura fondata sulla fiducia e che favorisca un outcome ottimale del paziente.

Cap. 5 Umanizzazione delle cure e conoscenze degli infermieri. Un'indagine conoscitiva

5.1 Obiettivo dello studio

L'obiettivo di questa tesi è valutare se le modalità clinico-organizzative di conduzione dell'assistenza in Terapia Intensiva siano orientate alla considerazione del paziente come persona, nella sua unicità, con un suo specifico contesto relazionale; a valutare quanto il lavoro svolto dai professionisti sanitari sia un modello di assistenza “patient-centered”, aperto ai bisogni degli utenti. Si è trovato interessante anche indagare, brevemente, il livello di conoscenze relative all'umanizzazione delle cure, la Medicina Narrativa, le Medical Humanities e la comunicazione con il paziente e l'importanza attribuita ad esse.

5.2 Materiali e metodi

La raccolta dati è stata effettuata mettendo a punto un questionario non validato di 15 domande tra risposta multipla e aperta allo scopo di valutare la conoscenza dell'argomento. I questionari sono stati consegnati nei mesi da Agosto a Ottobre 2019. Il campione preso in esame è composto unicamente da infermieri. La ricerca ha coinvolto l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti “Torrette”. I reparti selezionati sono stati: SOD Cardiochirurgia e Cardiologia Pediatrica e Congenita (UTIP), UTIC, TIPO, SOD Anestesia e Rianimazione dei Trapianti e Chirurgia Maggiore e SOD Clinica di Anestesia e Rianimazione Generale, Respiratoria e del Trauma Maggiore.

5.3 Risultati

La raccolta dei questionari è avvenuta direttamente. Il numero totale dei questionari somministrati è stato di 183. I questionari compilati sono stati 162. I questionari non compilati sono stati 21. La percentuale di partecipazione è del 89%.

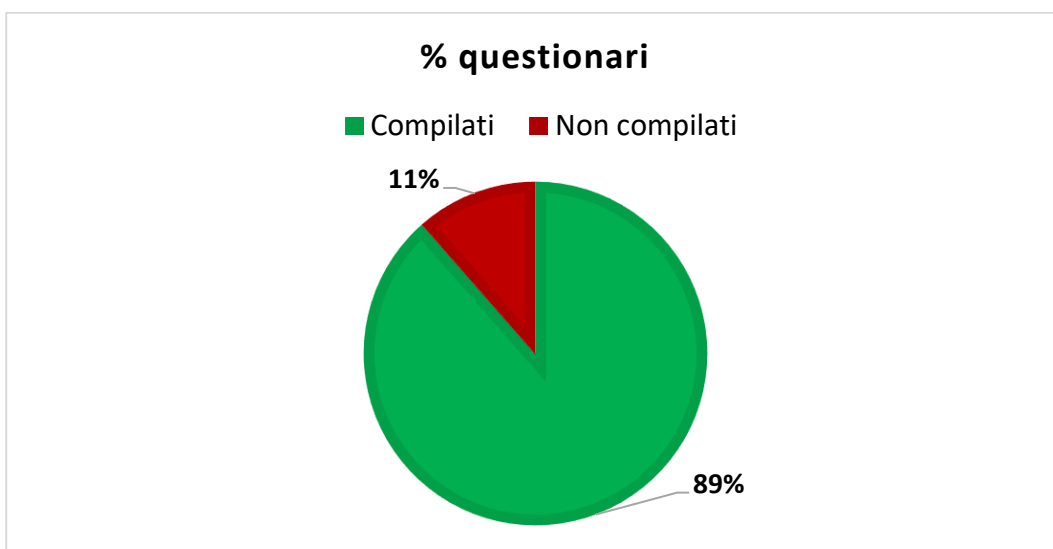


Tabella 4. Percentuale partecipazione.

1) Sesso

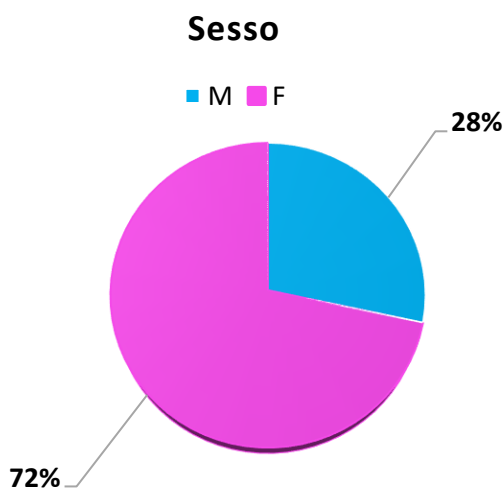


Tabella 5. Sesso dei partecipanti.

2) Età

Più del 60% (n° 106) degli infermieri ha un'età che va dai 31 anni ai 46.

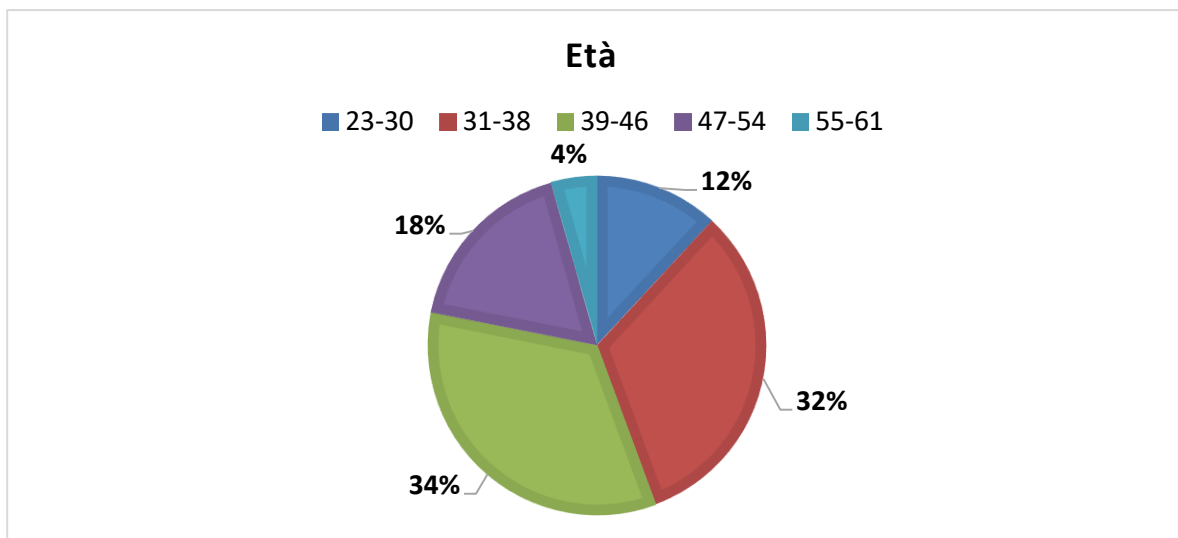


Tabella 6. Età dei partecipanti.

3) Titolo di studio

Considerando la fascia d'età dominante tra i 31 e i 46 anni ne consegue che il 42% (n° 80) degli infermieri possiede una laurea triennale e il 39% (n°76) il diploma della scuola regionale. Solo il 12% (n°23) ha conseguito un Master di I livello o la Laurea Magistrale.

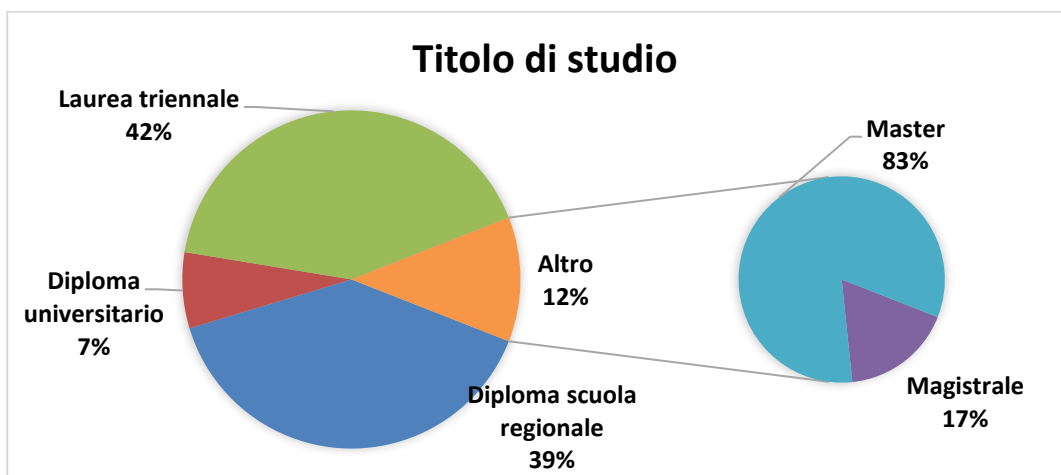


Tabella 7. Titolo di studio.

6) Hai mai sentito parlare di Medical Humanities? Se sì, dove?

Di tutto il campione, solo il 33% (n°45) ha mai sentito parlare di Medical Humanities e il 42%(n°23) di coloro che ne hanno sentito parlare è avvenuto in convegni extra aziendali.

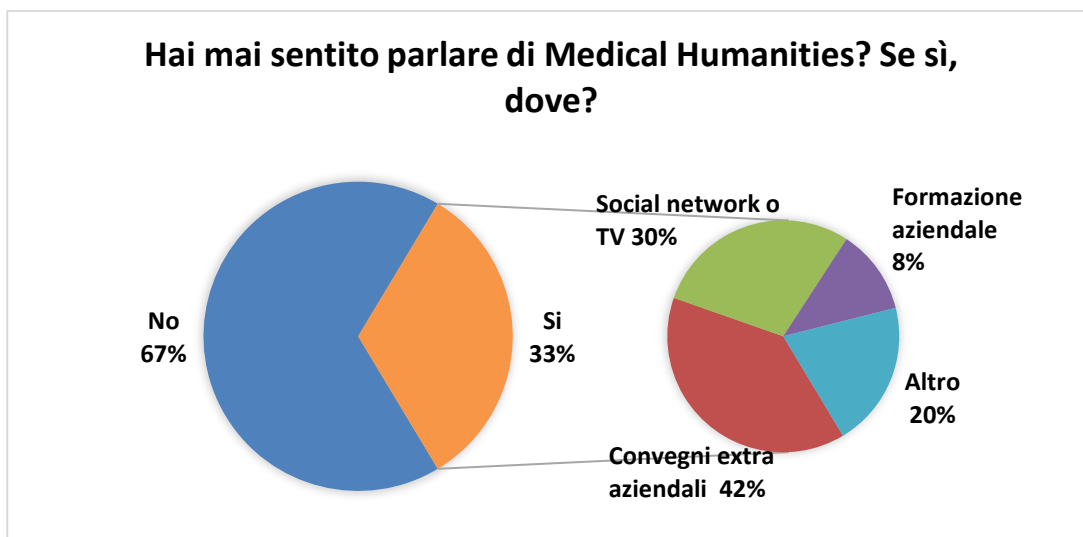


Tabella 8. Domanda 6.

7) Ha mai sentito parlare di medicina narrativa? Se sì, dove?

Rispetto alla domanda precedente, il 49%(n°71) sa cosa è la Medicina Narrativa.

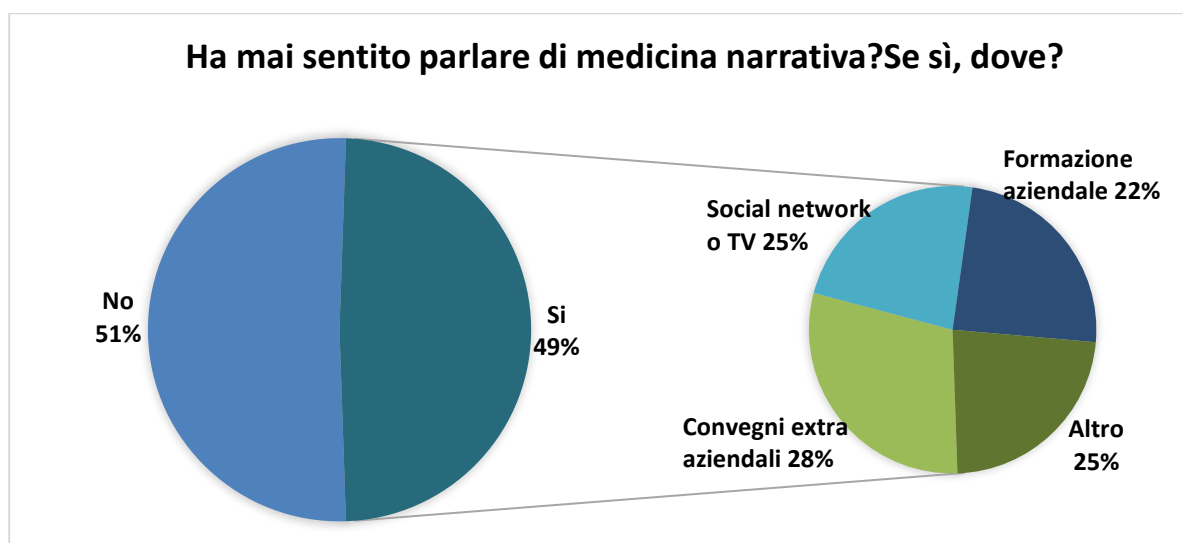


Tabella 8. Domanda 7.

8) Hai mai sentito parlare del corso FAD sull'umanizzazione delle cure organizzato dall'associazione ANIARTI ? Se si, hai partecipato al corso?

Nonostante il 60% (n°96) degli infermieri intervistati sia a conoscenza del corso FAD ANIARTI sull'umanizzazione delle cure, solo il 24% (n°22) di essi vi ha partecipato.

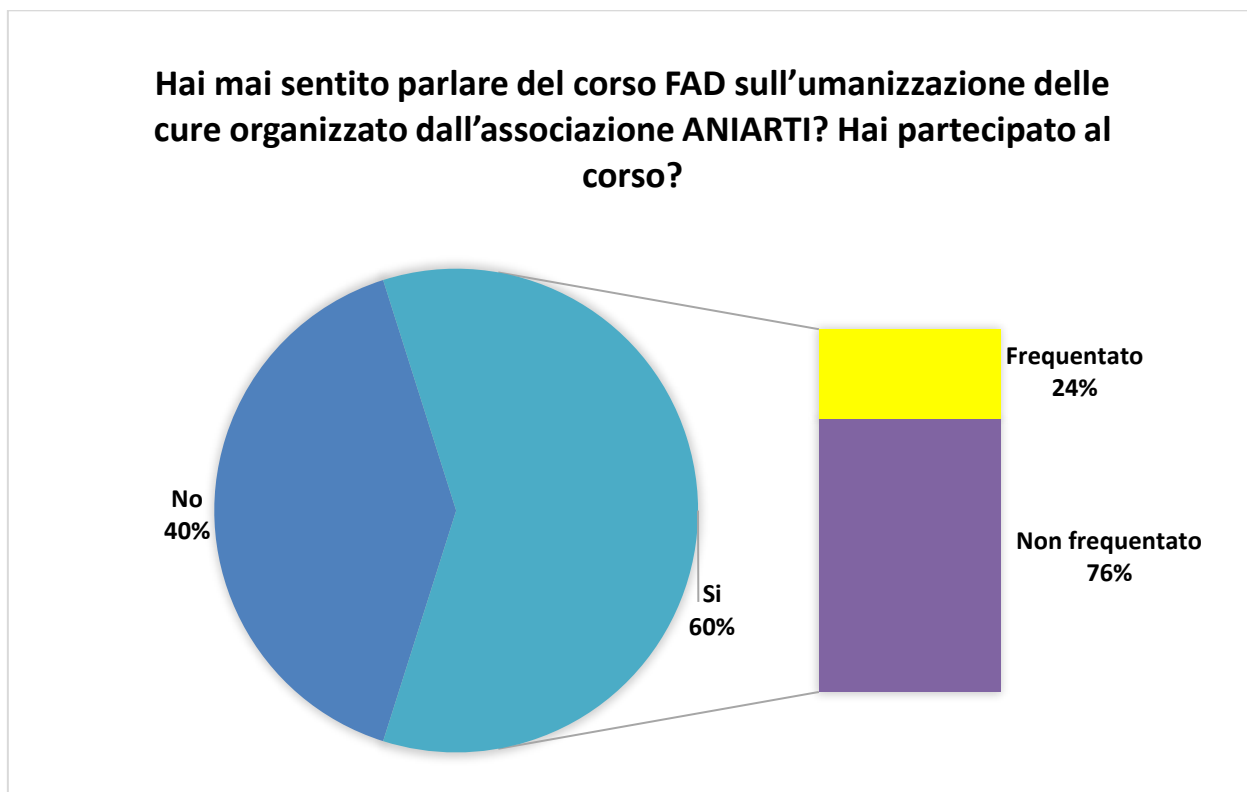


Tabella 9. Domanda 8.

9) Conosci le principali tecniche di comunicazione? Se si, quali?

Il 57% (n°92) degli infermieri intervistati dice di conoscere le principali tecniche di comunicazione ma a domanda aperta successiva nella quale si chiede di elencare le tecniche quasi nessuno ha risposto in maniera completa o corretta.



Tabella 10. Domanda 9.

10) Vorresti frequentare una formazione ECM specifica relativa alla Comunicazione?

La maggioranza netta degli infermieri ha espresso la volontà di frequentare un ECM sulle tecniche di comunicazione.



Tabella 11. Domanda 10.

12) Ritieni che la routine lavorativa spesso frenetica tolga tempo alla Comunicazione?

Il 18% (n°26) degli intervistati ritiene che la routine toglie sempre tempo alla comunicazione, il 68% (n°100) solo a volte e il 14% (n°20) ritiene che essa non influisca.

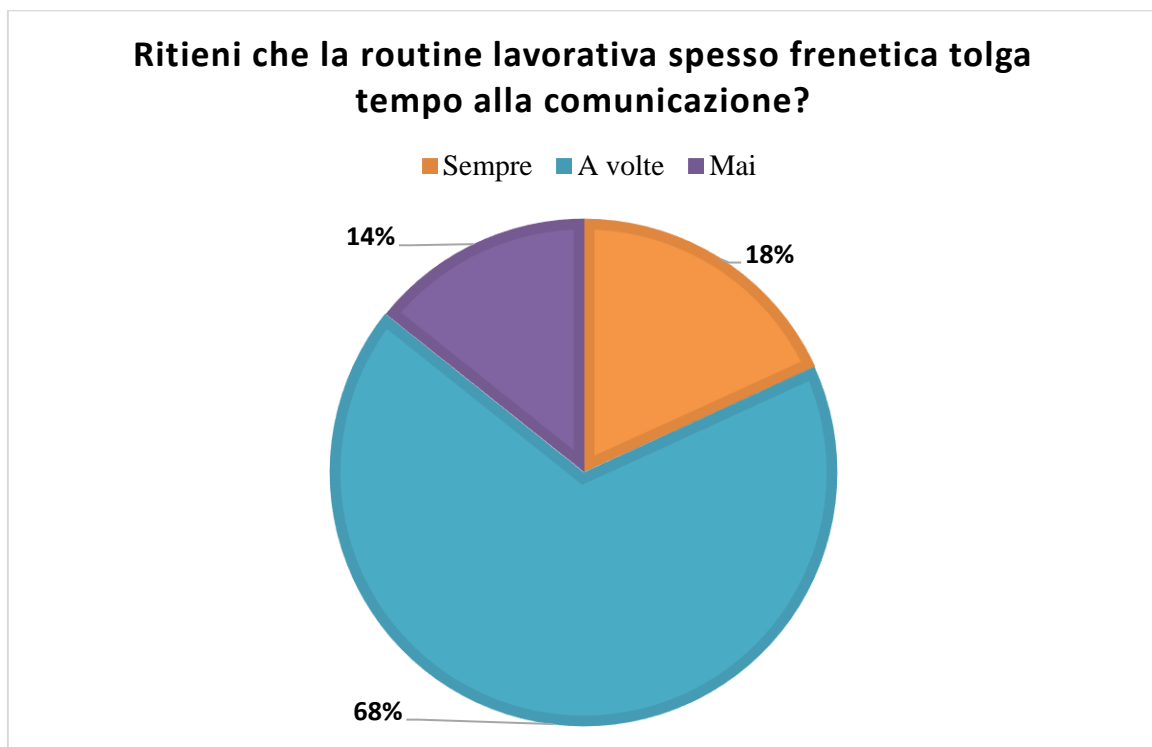


Tabella 12. Domanda 12

13) Il dialogo con il paziente e i suoi familiari è per te possibile fonte di stress?

L'80%(n°129) degli intervistati dichiara che a volte il dialogo è fonte di stress. Per il 2%(n°3) di essi il dialogo con il paziente e i familiari è sempre fonte di stress. Il 18%(n°29) non ritiene una fonte di stress il dialogo.

Le motivazioni più frequente date a questa risposta sono:

- condizioni di coma o morte cerebrale;
- condizioni critiche in pazienti giovani;
- la non comprensione dei parenti di ciò che è stata riferito dal medico che di conseguenza si rivolgono all'infermiere;
- mancanza di tempo;
- stanchezza personale;
- degenze prolungate che rischiano attaccamento emotivo sia da parte dell'infermiere che da parte dei familiari.

Tutto ciò porta l'infermiere a non saper gestire bene sia le proprie emozioni che quelle altrui e ciò causa stress.

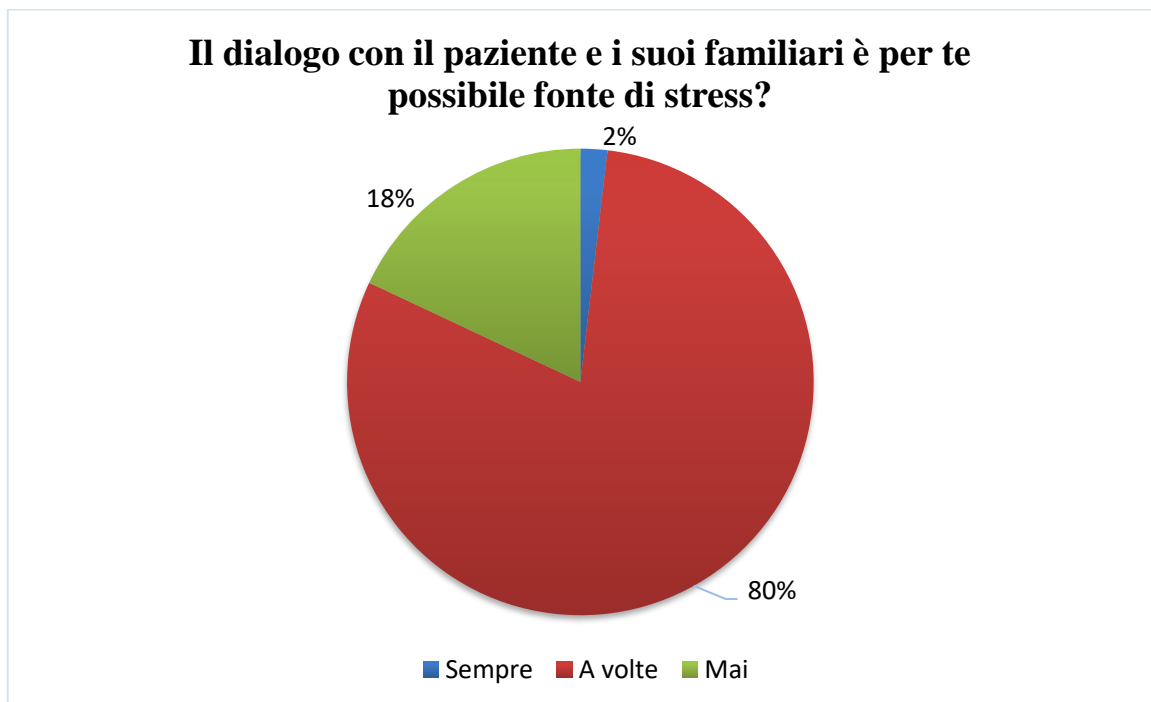


Tabella 13. Domanda 13.

14) Come professionista senti il bisogno di parlare o scrivere del tuo lavoro, di quello che ti è accaduto?

Il 70%(n°129) degli infermieri sente il bisogno di parlare della vita lavorativa: il 50%(n°109) con i colleghi, il 30%(n°80) con i familiari, il 19%(n°45) con amici e l'1%(n°4) con figure specializzate come psicoterapeuti.

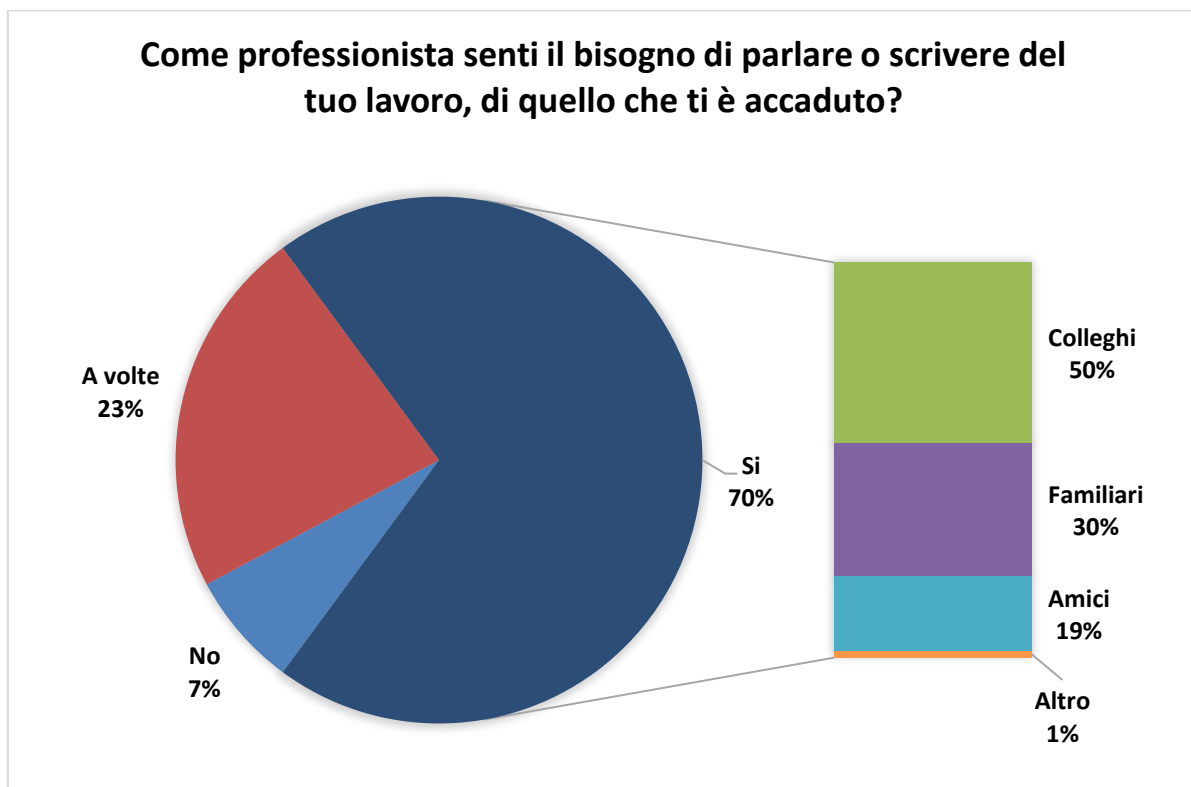


Tabella 14. Domanda 14.

15) Ti è mai capitato di ascoltare, leggere o film di storie di malattia che ti hanno coinvolto perché hai rivisto la tua esperienza?

Al 63%(n°100) degli infermieri è capitato di immedesimarsi in libri, serie TV o film perché hanno rivisto la loro esperienza.

La maggior parte si è rivista in film o serie TV a carattere ospedaliero dove appunto hanno rivisto la loro vita lavorativa.

Altri hanno avuto empatia in libri o film con la sofferenza raccontata in quanto è quella che quotidianamente sperimentano in corsia.

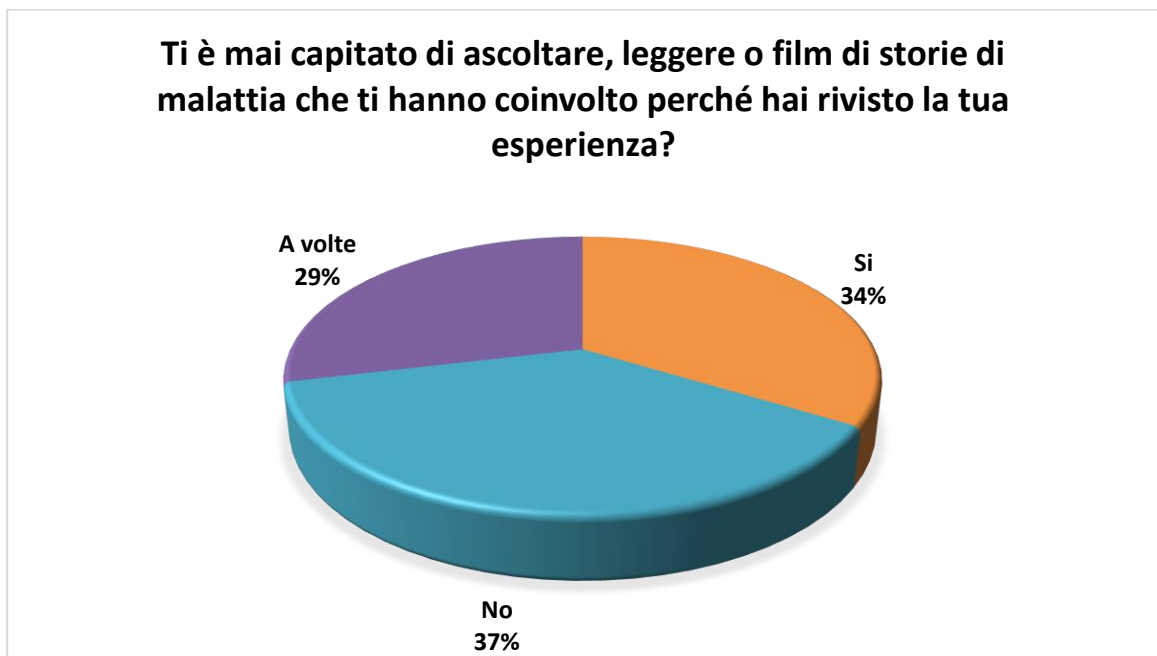


Tabella 15. Domanda 15.

5.4 Analisi critica dei risultati

Dall'indagine effettuata si evince come l'umanizzazione delle cure e la comunicazione con il paziente siano aspetti in gran parte trascurati nella routine lavorativa.

Per la quasi totalità degli infermieri il dialogo con il paziente o i suoi familiari è possibile fonte di stress e per un 2% è sicuramente una fonte di stress.

Poco meno della metà degli infermieri conosce le Medical Humanities e la Medicina Narrativa e la netta maggioranza non ne ha mai sentito parlare.

La conoscenza di questi argomenti, laddove presente, è comunque superficiale e spesso correlata alla partecipazione a convegni extra aziendali o la visione di essi sui social network anche se una buona percentuale è occupata anche dalla formazione universitaria.

Tuttavia, si evidenzia dall'analisi, la curiosità e la disponibilità all'approfondimento delle tematiche, dalla quasi totalità (89%) degli infermieri alla volontà di frequentare corsi di formazione che riguardano la comunicazione e le sue tecniche.

Cap. 6 Conclusioni

Sono ancora poche oggi le realtà italiane di area critica che prevedono una formazione strutturata e costante che riguardi la comunicazione e le sue tecniche che possano altresì agevolare i professionisti a non perdere i fondamenti di un'assistenza che trovi nell'umanizzazione delle cure il suo "know how" e non si barrichi dietro ad uno sterile ipertecnicismo.

La relazione terapeutica offre il principale strumento attraverso cui aiutare i malati a pensare, gestire e lenire la sofferenza, potendo anche convivere in modo dignitoso, senza farsene schiacciare e annichilire, preservando la propria piena identità.

La qualità della relazione è spesso in grado di determinare in molti pazienti quel grado di coinvolgimento e quella spinta creativa nel ridefinire la propria condizione di sofferenza che li aiuta a uscire dalla prostrazione e dalla passività in cui la malattia li aveva ridotti, dando avvio a concreti processi di autoguarigione.

La relazione interpersonale presuppone una maturità da parte dell'infermiere, una buona conoscenza di sé stesso, la consapevolezza dell'importanza della conoscenza delle regole dell'ascolto attivo e del proprio stile di comunicazione.

Da sempre l'infermiere è la figura privilegiata nel percorso dell'assistenza per il suo ruolo di prossimità con la persona malata e la sua famiglia.

Esiste una abissale differenza tra il "fare l'infermiere" ed "essere infermiere": essere infermiere prevede qualcosa di più che la mera esecuzione di prestazioni volte al soddisfacimento dei bisogni della persona malata; essere infermiere implica la capacità di sviluppare l'empatia, che è sentire l'altro, vederne la sua diversità ed individualità.

Una relazione è empatica nel momento in cui si perde il suo legame con il tempo, la relazione può instaurarsi in pochissimi secondi, nel solo dire “Buongiorno, io sono...”.

Spesso il dire che non si ha tempo è un segnale significativo di grande stanchezza del professionista, di iniziale burn out, dove si sfugge in realtà alla relazione con l'altro perché si è in difficoltà con se stessi, dove diviene difficoltosa anche la relazione all'interno della stessa équipe professionale.

Essere empatici non richiede più tempo che non esserlo, ma ci consente di ottenere risultati migliori a partire dalla soddisfazione del paziente e all'aderenza al trattamento, ci permette che la stessa famiglia del paziente si sente anch'essa presa in carico.

Tutti vogliono essere trattati con rispetto e dignità.

In quell'eterna “partita a scacchi” tra il disagio, il dolore, la malattia in cui i giocatori ai lati opposti hanno lo scopo di vincere insieme, ci ricordiamo che se una delle parti è sconfitta, la partita è persa per entrambi.

L'indispensabile processo di alleanza terapeutica è sempre più pervasa dall'importanza del linguaggio, della postura, della capacità di ascolto delle storie dell'altro, perché siamo fatti di storie tutti noi.

E come dice la Prof.ssa Marisa Cantarelli: "sai cosa bisogna fare per ritrovare noi stessi? Dobbiamo passare un giorno intero in una stanza accanto ad un malato, ma un giorno senza fare altro che osservare ed ascoltare. Tutti: infermieri, medici, direttori, anche le signore delle pulizie... tutti. E poi riparlamo di teorie, bisogni ed anche di stipendi se vogliamo, ma da lì dobbiamo partire”

Allegati

Copia del questionario somministrato.

QUESTIONARIO SULL'UMANIZZAZIONE DELLE CURE

Sono Martina D'Orfeo, una studentessa del III anno di Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche presso la sede di Ancona. Il presente questionario è destinato al personale infermieristico e medico dei reparti di Terapia Intensiva con lo scopo di andare a valutare il livello di conoscenze riguardo l'umanizzazione delle cure e la comunicazione con il paziente e l'importanza attribuita ad esso per lo studio di tesi dal titolo "L'empatia e le professioni sanitarie: quando la comunicazione diventa terapia"

Chiedo quindi la Tua collaborazione alla compilazione del questionario.

Grazie per l'attenzione!

1) Sesso

- M
- F

2) Età

- 23-30
- 31-38
- 39-46
- 47-54
- 55-61

3) Reparto

.....

4) Professione

.....

5) Titolo di studio

- Diploma scuole regionali
- Diploma universitario
- Laurea triennale
- Laurea in Medicina e Chirurgia
- Altro

6) Hai mai sentito parlare di Medical Humanities?

- Si
- No

-Se si, dove?

- Convegni extra aziendali
- Social Networks o TV
- Formazione aziendale
- Altro

7) Ha mai sentito parlare di Medicina Narrativa?

- Si
- No

-Se si, dove?

- Convegni extra aziendali
- Social Networks o TV
- Formazione aziendale
- Altro

8) Hai mai sentito parlare del corso FAD sull'umanizzazione delle cure organizzato dall'associazione ANIARTI ?

- Si
- No

-Se si, hai partecipato al corso?

- Si
- No

9) Conosci le principali tecniche di comunicazione?

- Si
- No

-Se si , quali?

.....

.....

.....

10) Vorresti frequentare una formazione ECM specifica relativa alla Comunicazione?

- Si
- No

11) Sai cos'è l'empatia?

- Si
- No

12) Ritieni che la routine lavorativa spesso frenetica tolga tempo alla Comunicazione?

- Sempre
- A volte
- Mai

13) Il dialogo con il paziente e i suoi familiari è per te possibile fonte di stress?

- Sempre
- A volte
- Mai

-Se vuole scriva la motivazione

.....
.....

14) Come professionista senti il bisogno di parlare o scrivere del tuo lavoro, di quello che ti è accaduto?

- Si
- No
- A volte

-Se si, con chi?

- Colleghi
- Familiari
- Amici
- Altro

15) Ti è mai capitato di ascoltare, leggere o film di storie di malattia che ti hanno coinvolto perché hai rivisto la tua esperienza?

- Si
- No
- A volte

-Se si, vuole brevemente raccontare le sue emozioni?

.....

.....

.....

.....

Bibliografia

Assagioli Roberto, L'atto di volontà, 1973

Assagioli Roberto, Principi e metodi della Psicossintesi Terapeutica, 1973

Bateson Gregory, Naven, 1988

Benedetti Fabrizio, L'effetto placebo. Breve viaggio tra mente e corpo, 2012

Carta di Firenze, 2005

Charon Rita, Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti, 2008

Codice deontologico degli infermieri, 2019

Greaves David, The nature and the role of medical humanities. Medical Humanities, 2001

Gulotta Guglielmo, La psicologia della vita quotidiana, 1995

Kunyk D., Olson J.K. Clarification of conceptualizations of empathy, "Nursing theory and concept development or analysis", 2001.

Manzoni Edoardo, Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica, 1996

Meleis Afaf I., "Teoretica Infermieristica", 2013

Peplau Hildegard Elizabeth, Interpersonal Relations in Nursing, 1952

Rogers, E. M., & Agarwala-Rogers, R., Communication in organizations, 1976

Watson Jean, Nursing: Human Science and Human Care, 1985

Watson Jean, Nursing: The Philosophy and Science of Caring, 1979

Watzlawick Paul, Il linguaggio del cambiamento: elementi di comunicazione terapeutica, 1977

Watzlawick Paul, Beavin, J.H., Jackson, D.D., Pragmatica della comunicazione umana, 1967

Sitografia

Accesso ai siti da Luglio 2019 a Ottobre 2019

- www.ospedaleaperto.com

URL: <http://ospedaleaperto.com/wp-content/uploads/2011/04/porte-aperte-4.pdf>

- www.researchgate.net

URL: https://www.researchgate.net/profile/Rita_Melotti/publication/266529333_Progetto_umanizzazione_delle_cure_e_dignita_della_persona_in_terapia_intensiva_della_Region_Emilia-Romagna/links/5571a8e708ae7467f72ca4ee.pdf

URL: https://www.researchgate.net/profile/Rita_Melotti/publication/266529333_Progetto_umanizzazione_delle_cure_e_dignita_della_persona_in_terapia_intensiva_della_Region_Emilia-Romagna/links/5571a8e708ae7467f72ca4ee.pdf

- www.wikipedia.org

URL: <https://it.wikipedia.org/wiki/Comunicazione#Psicologia>

URL: https://it.wikipedia.org/wiki/Gregory_Bateson

URL: https://it.wikipedia.org/wiki/Paul_Watzlawick

- www.nurse24.it

URL: <https://www.nurse24.it/infermiere/infermiere-comunicazione-paziente.html>

URL: <https://www.nurse24.it/infermiere/testimonianze-infermieri/nursing-narrativo-centralita-paziente.html>

URL: <https://www.nurse24.it/dossier/burnout/empatia-cos-e-e-perche-e-in-grado-di-generare-burnout.html>

URL: <https://www.nurse24.it/studenti/tesi/quella-differenza-tra-curare-e-prendersi-cura-del-paziente.html>

- www.unive.it

URL: https://www.unive.it/media/allegato/dprog/documenti/campusone/M1_6_Vecchiato.pdf

- www.scienzeinfermieristiche.net

URL: <https://www.scienzeinfermieristiche.net/i-modelli-teorici-di-riferimento-e-i-linguaggi-standardizzati-quali-utilizzare-3/>

- www.arcodigiano.org

URL: <http://www.arcodigiano.org/medical-humanities>

- www.medicinanarrativa.it

URL: <https://www.medicinanarrativa.it/it/contenuti/eventi/l-apporto-delle-medical-humanities/>

URL: [https://www.medicinanarrativa.it/it/contenuti/notizie-e-narrazioni/esperienze-e-riflessioni/il-tempo-e-la-comunicazione-del-paziente/?fbclid=IwAR2XFU3vGqqOY6-](https://www.medicinanarrativa.it/it/contenuti/notizie-e-narrazioni/esperienze-e-riflessioni/il-tempo-e-la-comunicazione-del-paziente/?fbclid=IwAR2XFU3vGqqOY6-Dzz8_JH130IRJVkKkYnZaxLpBDCPXoM0Xwc5Kpw7Vslk)

[Dzz8_JH130IRJVkKkYnZaxLpBDCPXoM0Xwc5Kpw7Vslk](https://www.medicinanarrativa.it/it/contenuti/notizie-e-narrazioni/esperienze-e-riflessioni/il-tempo-e-la-comunicazione-del-paziente/?fbclid=IwAR2XFU3vGqqOY6-Dzz8_JH130IRJVkKkYnZaxLpBDCPXoM0Xwc5Kpw7Vslk)

- www.fnopi.it

URL: <http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-8-articolo-95.htm>

URL: <http://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>

URL: <https://www.infermieriattivi.it/news-infermieri-attivi/infermieri/4517-la-relazione-di-cura-nel-codice-deontologico-2019.html>

- www.ildizionariodipsicologia.net

URL: <https://ildizionariodipsicologia.net/assiomi-della-comunicazione-watzlawick/>

- www.istitutopsicoterapie.com

URL: <https://www.istitutopsicoterapie.com/5-assiomi-della-comunicazione/>

- www.lostudiodellopsicologo.it

URL: <https://www.lostudiodellopsicologo.it/psicologia/assiomi-comunicazione/>

- www.forumpa.it

URL:<https://www.forumpa.it/temi-verticali/scuola-istruzione-ricerca/umanizzazione-delle-cure-la-buona-volonta-non-basta-serve-preparazione-di-giampiero-maruggi/>

- www.salute.gov.it

URL:http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1363

- www.lamenteemeravigliosa.it

URL:<https://lamenteemeravigliosa.it/paul-watzlawick-comunicazione/>

- www.operatoresociosanitario.net

URL:<https://www.operatoresociosanitario.net/teorie-del-nursing/250-hildegard-peplau>

- www.jobs-job.com

URL: <https://it.jobs-job.com/how-to-integrate-jean-watson-s-theory-of-caring-into-nursing-practice-13485>

Ringraziamenti

Le prime persone a cui devo dire grazie per questo traguardo sono i miei genitori, fonte di sostegno e di coraggio, che mi hanno trasmesso la passione per lo studio e la voglia di raggiungere questo traguardo più di qualsiasi altra cosa. Senza mia madre e mio padre, non avrei avuto la possibilità di studiare e di scrivere questo elaborato.

Ringrazio in particolar modo mia madre, supporto sempre presente che non ha mai smesso di credere in me anche quando io per prima avevo smesso, con l'infinita pazienza che la contraddistingue.

Vorrei ringraziare la prof. Silvia Giacomelli, relatrice di questa tesi di laurea, che, oltre ad avermi guidato nella stesura di questo lavoro, mi ha trasmesso la passione e l'entusiasmo necessari affinché la tesi prendesse forma giorno dopo giorno e per le enormi conoscenze che ha messo a mia disposizione.

Dedico questo mio traguardo anche alla mia pazza ciurma di amici, punto di arrivo e contemporaneamente di partenza della mia vita, le persone con cui ho condiviso praticamente tutta la vita, attimi di gioia e di tristezza, ma che, nonostante la distanza sono rimasti accanto a me in questi anni di Università.

Come non ringraziare le mie più care confidenti, sorelle, amiche, Giovanna, Annalisa e Annachiara perché la lontananza non ha scalfito la nostra amicizia anzi l'ha resa più forte e non ho mai dubitato del loro sostegno.

Una dedica speciale va ad Helga e alla Must Group, perché in voi ho trovato persone che ogni giorno hanno condiviso con me gioie, sacrifici e successi, senza voltarmi mai le spalle. L'affetto e il sostegno che mi hanno dimostrato rendono questo traguardo ancora più prezioso.

Ringrazio anche Emilia e Lucia, colleghe di studio con le quali ho condiviso momenti indimenticabili, instaurando una sincera amicizia e una profonda collaborazione.

Un piccolo grazie va anche a Matteo, sebbene sia da poco entrato a far parte della mia vita, è stato di supporto nell'affrontare gli ultimi esami e nel gioire insieme a me nel raggiungimento di questo piccolo traguardo.