

INDICE

<i>ABSTRACT</i>	
Capitolo 1: Introduzione	1
1.1 Simmetria e asimmetria delle relazioni umane	2
1.2 Definizione della relazione infermieristica	3
1.3 Le caratteristiche fondamentali per una relazione d'aiuto efficace	3
1.4 Le fasi della relazione d'aiuto secondo H. Peplau	6
1.5 L'impatto della relazione con il paziente sul benessere dell'infermiere.....	7
1.6 La rilevanza del tempo di relazione	8
1.7 Dalla logica del mansionario all'evoluzione della relazione infermieristica	9
1.8 I possibili ostacoli alla relazione tra infermiere e paziente	11
Capitolo 2: Obiettivi	13
Capitolo 3: Materiali e metodi	14
3.1 Descrizione dello strumento di raccolta dati.....	14
3.2 Campionamento	15
3.3 Limiti dello studio	16
Capitolo 4: Risultati	17
Capitolo 5: Discussione	23
Capitolo 6: Conclusione.....	32
Sitografia.....	38
Allegati.....	39

ABSTRACT

Introduzione L' infermiere è la figura professionale che trascorre più tempo a contatto con il paziente; per cui per offrire un'assistenza di tipo olistico è fondamentale instaurare una relazione d'aiuto efficace che rappresenta il fulcro del processo di cura. Questa interazione per poter avere un effetto terapeutico deve possedere alcune caratteristiche essenziali: fiducia; rispetto e interesse autentico; ascolto attivo e comprensione empatica; comunicazione efficace e competenza professionale.

Obiettivo L'obiettivo di questo studio è evidenziare l'importanza del tempo di relazione nella professione infermieristica, partendo da una frase del Codice Deontologico. L'indagine offre una riflessione sui possibili fattori che favoriscono e limitano l'interazione efficace nel corso del tempo, analizzando il parere di infermieri esperti.

Materiali e Metodi La raccolta dati è avvenuta tramite un questionario online, rivolto a un campione di infermieri che rispecchiano specifici criteri di inclusione. Le risposte ottenute sono state analizzate e confrontate con la letteratura scientifica di riferimento.

Discussione La ricerca ha permesso di sottolineare il concetto di assistenza che implica non solo l'erogazione di cure tecniche, ma soprattutto una connessione umana che considera il paziente in maniera olistica. Emerge una critica alla tendenza di spersonalizzare i pazienti a causa di aspetti burocratici e tecnici. Gli infermieri coinvolti nello studio hanno segnalato come la scarsità di tempo e l'organizzazione interna siano ostacoli significativi; viceversa le competenze comunicative, la capacità di adattamento e l'impegno autentico dell'operatore rappresentano risorse fondamentali in termini relazionali.

Conclusioni Da tale ricerca si desume che il tempo dedicato alla relazione con il paziente è essenziale nell'assistenza sanitaria; è fondamentale sviluppare uno spirito di adattamento e passare da un approccio basato su compiti a uno che mette al centro il paziente. La sfida principale è recuperare il tempo di cura.

Parole chiave “Nurse-patient AND Relationship” “Nurse-patient relations AND time”
“Nurse-patient relations AND cure”

ABSTRACT

Introduction The nurse is the professional figure who spends the most time in contact with the patient; therefore, to give holistic care it is essential to establish a good helping relationship which represents a key part of the treatment process. In order to have a therapeutic effect, this interaction must possess some essential characteristics: trust; respect and genuine interest; active listening and empathic understanding; effective communication and professional competence.

Objective The objective of this study is to highlight the importance of relationship time in the nursing profession, starting from a sentence of the Code of Ethics. The survey offers a reflection on the possible factors that promote and limit the interaction over time, using the opinion of expert nurses.

Materials and Methods The research used an online survey, addressed to a sample of nurses who reflected specific inclusion criteria. The answers were analyzed and compared with the relevant scientific literature.

Discussion The research highlights that nursing is not just about technical skills but also about building a human connection that considers the patient in a holistic manner. The study points out the difficulty that patients may feel less important because of too much focus on bureaucracy and technical tasks. The nurses involved in the study reported that lack of time and internal organization were significant obstacles; contrariwise communication skills, the ability to adapt and the authentic interest of the professional represent fundamental resources in relational terms.

Conclusions This research shows that spending time building a relationship with the patient is essential in healthcare; it is necessary to develop a spirit of adaptation and shift from a task-based approach to one that puts the patient at the centre. The main challenge is to recover the care time.

Keywords “Nurse-patient AND Relationship” “Nurse-patient relations AND time”
“Nurse-patient relations AND care”

Capitolo 1: Introduzione

La scelta di questo argomento di tesi è emersa nel corso della mia attività di tirocinio svolta durante i tre anni accademici. Sin dalle prime esperienze, mi ha da subito colpito come il mettersi in relazione con il paziente risultasse essere un punto centrale al fine di una buona assistenza infermieristica. In particolare, ho preso consapevolezza come il prendersi cura della persona costituisce un processo illimitato che va oltre alla sola guarigione in termine terapeutico. Per fare un esempio, prendendo in considerazione la mia esperienza, mi è stato possibile osservare come nei pazienti cronici è più importante focalizzarsi sulla cura e sul benessere complessivo della persona rispetto alla completa guarigione della malattia che potrebbe non essere raggiungibile. Assicurarci che il soggetto preso in cura possa vivere la propria vita al meglio, attraverso un approccio integrato e a lungo termine, rappresenta l'obiettivo principale da perseguire nella gestione di ogni malattia. Infatti, cura e guarigione possono coesistere, ma c'è un punto in cui la parte di guarigione deve fare un passo indietro e valorizzare la qualità della vita del paziente. Prendendo in considerazione le parole della professoressa Luigina Mortari (2006) possiamo comprendere come la cura rappresenta un elemento centrale per il benessere umano e lo sviluppo di relazioni significative. Questo concetto viene definito più in generale come un vero e proprio modo di stare al mondo che consiste nella capacità di porre l'attenzione sull'altro tramite un ascolto attivo, senza esprimere opinioni che vadano a creare pregiudizi, cercando di comprendere e capire le esigenze e le necessità di cui l'altro ha bisogno.

Questo lavoro di tesi mi ha condotto a svolgere un'analisi in maniera più approfondita in merito al concetto di relazione, poiché la cura non è un'azione unidirezionale ma avviene in un contesto di reciprocità tra due parti che instaurano un dialogo e un ascolto

tra loro. In particolare, vengono riportate alcune testimonianze che permettono di andare a studiare e comprendere alcuni fattori che influenzano significativamente il rapporto che intercorre tra paziente e infermiere; inoltre, verranno brevemente analizzati alcuni dei cambiamenti che sono emersi nel corso del tempo in merito a tale relazione.

1.1 Simmetria e asimmetria delle relazioni umane

Per relazione, in ambito psicosociale, si definisce il legame intenzionale che intercorre tra due o più soggetti. Esistono diversi tipi di relazioni che si differenziano per intensità, durata e dinamiche: familiari, amicali, romantiche, professionali, educative, sociali e terapeutiche. Le relazioni possono essere, in base alla posizione assunta dai soggetti al loro interno, classificate come simmetriche o asimmetriche secondo la definizione data dal quinto assioma della comunicazione sviluppata da Paul Watzlawick ed altri autori (1967/1971). Le prime sono rappresentate da un'uguaglianza di risorse tra i due attori che permette di instaurare un'equa partecipazione e un'influenza reciproca nell'interazione. Le seconde sono caratterizzate da uno squilibrio di risorse e potere che tende verso uno dei due membri, il quale è in grado di influenzare l'altro e le regole di comportamento di tutto il sistema. Tale asimmetria può essere legata a diversi fattori: le differenze di status, le risorse economiche, l'esperienze o le competenze (Thibaut et al, 1959).

Entrambi i tipi di relazioni brevemente descritti possono essere utilizzati, risultando funzionali e appropriati a seconda del contesto di riferimento preso in esame. Tuttavia, l'utilizzo della sola relazione asimmetrica può portare a sentimenti di frustrazione e insoddisfazione, se lo squilibrio di potere è percepito come ingiusto o opprimente. Infatti, quando le relazioni risultano essere rigide potrebbero apparire negative e disfunzionali, con la probabilità di portare alla cessazione delle stesse. Per tale ragione possiamo affermare che le relazioni devono avere una forma fluida, vale a dire che in uno stesso rapporto sarebbe opportuno che ci siano sia momenti di simmetria che di asimmetria. In merito a quanto detto, il filosofo inglese Herbert Paul Grice (1993) descrive il principio di cooperazione come l'impegno dei partecipanti di una conversazione nel rispettare alcune particolari regole e di adattarsi dinamicamente per mantenere l'efficacia comunicativa.

1.2 Definizione della relazione infermieristica

Il tipo di relazione infermiere-paziente, analizzato successivamente in questo lavoro di tesi, consiste in un rapporto di reciproca interazione, dove tuttavia prevale principalmente un tipo di relazione asimmetrica. Infatti, gli attori coinvolti nel processo di cura, in particolare nel mondo ospedaliero, possiedono diverse competenze che si riflettono in *“uno sbilanciamento nel possesso dello spazio, del tempo, della lingua”* (Fontanella, 2011, pag 13). Tale relazione d'aiuto viene definita dallo psicologo Carl Rogers come una *“situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire [...] una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto e una maggiore possibilità di espressione”* (Rogers, 1970, pag 68).

L'interazione che si instaura tra le due parti rappresenta il motore che alimenta il processo di cura, costituendo la centralità della professione infermieristica. Come già enunciato, la relazione tra infermiere e paziente è orientata alla promozione del benessere di quest'ultimo, sia dal punto di vista fisico che emotivo, con il fine di produrre un cambiamento significativo. La teorica e infermiera Hildegard Peplau definisce tale relazione terapeutica come l'essenza dell'infermieristica, ovvero una relazione unica basata sulla combinazione interpersonale di due soggetti che partecipano fornendo i propri contributi individuali (Forchuk, 1995).

1.3 Le caratteristiche fondamentali per una relazione d'aiuto efficace

La relazione d'aiuto per poter essere efficace e curativa deve possedere delle caratteristiche fondamentali:

- Fiducia
- Rispetto e interesse autentico
- Ascolto attivo e comprensione empatica
- Comunicazione efficace e competenza professionale

L'elemento centrale per il successo della relazione terapeutica è la fiducia da parte del paziente, cioè la percezione che l'operatore sanitario agisca nel suo interesse e possieda adeguate competenze pratiche e teoriche. Questa consapevolezza spinge l'assistito ad essere maggiormente propenso alla collaborazione, facilitando l'adesione al trattamento

e migliorando quindi gli esiti terapeutici (Birkhäuser et al, 2017) anche nel lungo termine. Inoltre, andare a creare un clima favorevole all'interazione permette di percepire un confort psicologico che consente al paziente una maggiore condivisione delle proprie informazioni personali^[1], agevolando una soddisfazione dei bisogni in senso olistico.

Ogni relazione d'aiuto deve fondarsi sul rispetto della dignità del paziente, sia per principio etico sia per la necessità di creare un clima di serenità. Tale approccio deve includere il riconoscimento delle preferenze culturali e personali dell'assistito, rispettandone l'autonomia e il diritto di prendere le proprie decisioni (De Vita, 2020). Inoltre, si devono mettere in atto diverse accortezze per favorire una migliore interazione: scelta del linguaggio, delicatezza e utilizzo adeguato di gesti, garantire la privacy, attenzione e gestione dei momenti di rottura dell'altro con particolare sensibilità. Alla base dell'agire del professionista deve esserci un interesse autentico orientato al bene del paziente^[2]; l'infermiere deve porre l'assistito al centro del processo di cura, accettando in modo incondizionato la persona che si trova di fronte, perché solo in questo modo si può essere ricettivi e garantire assistenza a tutti senza alcuna forma di discriminazione.

Un altro fattore che determina una relazione efficace è l'ascolto attivo: una tecnica comunicativa che non implica il semplice udire le parole del paziente, ma porre attenzione al linguaggio verbale e non verbale. Come afferma Paul Watzlawick e i suoi colleghi *“tutto il comportamento, e non soltanto il discorso, è comunicazione, e tutta la comunicazione - compresi i segni del contesto interpersonale - influenza il comportamento”* (1967/1971, pag 16). Possiamo dedurre come anche l'espressione facciale, i gesti, la postura, il contatto visivo, la distanza interpersonale, il tono della voce, il movimento del corpo, il contatto fisico e l'aspetto esteriore possono comunicare in modo più autentico e diretto. Riportando un esempio, un'espressione del viso tesa, un aumento delle attività corporee con prolungata irrequietezza, un linguaggio logorroico con aumento di volume, un prolungato contatto degli occhi e gestualità minacciose

¹ <https://www.nursingworld.org/content-hub/resources/becoming-a-nurse/nurse-patient-relationship-trust/> (consultato in data 16/09/2024)

² https://www.nursingforesight.it/assets/articoli/2023-n-1/44_benessere-nell-assistenza-infermieristica_Cosmai_compressed.pdf (consultato in data 16/09/2024)

possono indicare un comportamento aggressivo da parte del paziente in risposta a un fenomeno percepito minaccioso per se stesso. L'infermiere che pratica un ascolto attivo è in grado di cogliere gli aspetti emotivi più profondi e autentici, in modo da permettere una migliore comprensione dei bisogni del paziente. Allo stesso modo il professionista nel relazionarsi con l'assistito deve essere attento a monitorare e adattare costantemente il proprio linguaggio verbale e non verbale, in modo da dimostrare attenzione, rispetto, creare un ambiente sicuro e risolvere malintesi. Per attuare tale abilità di comprensione sono state ideate 7 regole^[3]: dedicare tutta l'attenzione sull'interlocutore, rimuovendo le distrazioni e senza avere fretta; per comprendere bisogna cambiare punto di vista; approfondire alcuni dettagli chiedendo “come”, “cosa” e “perché”; non lasciarsi travolgere dalle proprie emozioni perché possono dare una visione soggettiva delle informazioni ricevute; porre l'attenzione ai dettagli che discordano da ciò che si crede; accogliere e gestire i conflitti; esercitare l'umorismo per comprendere ciò che spesso è nascosto dall'evidenza. Quindi, l'ascolto attivo deve essere associato a una comunicazione empatica che richiede nell'ascoltatore l'abilità di comprendere il contenuto delle informazioni comunicate, verbali e non verbali, e riconoscere le emozioni che prova l'altro senza farsi attraversare da esse. Avere consapevolezza della sofferenza del paziente dal punto di vista fisico, psicologico ed emotivo non significa dover provare lo stesso disagio e riflettere una compassione eccessiva; perciò, è necessario trovare la giusta distanza emotiva per proteggere il proprio equilibrio psicologico e fornire un'assistenza efficace e professionale. Per attuare una relazione d'aiuto è importante essere consapevoli dei propri limiti personali, riconoscendo quando è necessario chiedere un aiuto o una pausa, e mantenere confini professionali ben definiti. Pertanto, la relazione deve rimanere nell'ambito della cura, evitando qualsiasi tipo di coinvolgimento personale o emotivo eccessivo.

Per coinvolgere il paziente e renderlo consapevole e responsabile delle scelte terapeutiche è richiesto da parte dell'infermiere di fornire informazioni complete, chiare, tempestive e comprensibili da parte dell'interlocutore (FNOPI, 2019). Infatti l'assistito deve sentirsi sicuro che il professionista abbia le conoscenze e competenze necessarie per fornire cure di alta qualità. Una comunicazione trasparente tra infermiere

³ <https://ascoltoattivo.net/le-7-regole/> (consultato in data 16/09/2024)

e paziente riduce i conflitti e aumenta l'efficacia e l'efficienza del processo di cura. Un'adeguata comunicazione richiede uno scopo relazionale ben definito, in cui il messaggio viene trasmesso in modo chiaro, rispettando lo spazio, il tempo e le conoscenze dell'altro soggetto coinvolto. Per far ciò, il professionista sanitario deve possedere adeguate competenze: cliniche, in riferimento alla raccolta dati ed esecuzione delle procedure assistenziali; relazionali, ovvero stabili un dialogo efficace con tutti i soggetti coinvolti nel contesto lavorativo di riferimento; gestionali che consentono di organizzare le risorse e il tempo in modo efficiente e collaborativo; etiche, rispettando le normative sanitarie e la privacy del paziente; educative e tecnologiche, tramite continui aggiornamenti; di problem solving, cioè valutare criticamente i problemi che si presentano per individuare le soluzioni più adatte. Oltre a ciò, possiamo aggiungere l'importanza dell'esperienza diretta che ogni operatore acquisisce nel corso del tempo lavorativo, in grado di migliorare la capacità di personalizzare gli interventi sulla base delle esigenze individuali dell'assistito.

1.4 Le fasi della relazione d'aiuto secondo H. Peplau

La relazione d'aiuto che intercorre tra paziente e professionista e il processo che questa attraversa è stata teorizzata per la prima volta dall'infermiera Hildegard Peplau (1991), precedentemente citata. Attraverso gli studi di psicologia e l'esperienza in diversi contesti di cura, quest'ultima ha istituito il nursing psicodinamico: un'assistenza infermieristica in cui il professionista e l'assistito sono attori attivi di una dinamica relazionale, con il fine di promuovere un cambiamento psicosociale volto a superare le difficoltà del paziente. Tale rapporto interpersonale infermiere-paziente si realizza da un susseguirsi di fasi, interdipendenti ma sovrapposte in un continuum, in cui l'infermiere assume ruoli diversi di aiuto: estraneo, risorsa, insegnante, confidente, sostituto, leader ed esperto tecnico.

La prima fase di questa relazione è quella di orientamento che corrisponde al primo incontro, in cui avviene un riconoscimento e accettazione reciproca dei ruoli, che richiede da parte dell'infermiere un atteggiamento di apertura, disponibilità e consapevolezza del contesto. La seconda fase di identificazione si mette in atto con l'osservazione e l'ascolto della soggettività e dei bisogni del paziente, il quale a sua volta seleziona il professionista a cui affidarsi; è importante porsi in un atteggiamento di

accoglienza verso l'alto e saper rispettare i tempi dell'assistito, mettendo in atto capacità relazionali e comunicative tali da tentare di stabilire una sintonia da entrambe le parti. La terza fase è l'utilizzazione del processo relazionale che comprende gli interventi assistenziali. In questo stadio il rapporto terapeutico va mantenuto con un atteggiamento di comprensione e accettazione, sia per rispondere alla domanda assistenziale primaria sia per definire nuovi obiettivi man mano che il paziente acquisisce maggior percezione dei suoi bisogni. Infine, l'ultima fase è quella risolutiva, in cui il paziente viene dimesso e si distacca gradualmente dalla dipendenza e dall'autoidentificazione nel professionista; mentre, l'infermiere attua una valutazione degli esiti assistenziali in riferimento agli obiettivi prefissati a inizio del percorso. È importante ricordare che fin dall'inizio entrambi gli attori devono essere consapevoli che tale relazione, seppur intima, ha un suo termine e, ragion per cui, non deve presentarsi da nessuno dei due lati un sentimento di abbandono emotivo.

Per riassumere, possiamo descrivere la relazione d'aiuto come un processo bidirezionale complesso, in cui entrambi gli attori coinvolti giocano un ruolo attivo, collaborando efficacemente per raggiungere un successo nel processo di cura.

1.5 L'impatto della relazione con il paziente sul benessere dell'infermiere

Instaurare una relazione efficace consente di ottenere una sensazione di benessere generale in entrambi i soggetti coinvolti nell'interazione. Infatti, la pandemia di SARS-CoV2 ha evidenziato ancora più chiaramente un importante concetto da tenere in considerazione: *“non vi è salute senza salute mentale”* (Istituto Superiore di Sanità, 2005, pag 3), ovvero ogni persona può essere considerata come un insieme complesso di diverse parti di sé. Quindi, l'identità del professionista passa anche attraverso il lavoro svolto e, per tale motivo, è importante raggiungere un buon livello di benessere e soddisfazione lavorativa. Nel caso dell'infermiere questo aspetto viene maggiormente influenzato dall'efficacia della relazione terapeutica che è in grado di instaurare con il paziente preso in carico. Tuttavia, per molti non vi è una netta distinzione tra lavoro e vita privata, con il rischio potenziale di essere sopraffatti dall'accumulo del carico emotivo che può condurre allo sviluppo del burnout (Sullivan et al, 2022). È necessario quindi che lo stesso professionista prenda consapevolezza dei propri aspetti individuali

per ottenere un equilibrio personale, tale da instaurare relazioni professionali efficaci per entrambi i soggetti coinvolti nell'assistenza sanitaria.

1.6 La rilevanza del tempo di relazione

L'importanza della relazione d'aiuto analizzata fin ora viene riportata nel codice deontologico degli infermieri. Quest'ultimo è una normativa che disciplina regole di comportamento e principi etici che orientano la condotta della categoria professionale; per tali ragioni, con l'ultima stesura del 2019 si accentua l'importanza della relazione d'aiuto, attraverso la rielaborazione del contenuto. In particolare, l'articolo 4, che rappresenta il valore alla base dell'assistenza infermieristica moderna, riporta queste parole: *“Nell'agire professionale l'infermiere stabilisce una relazione di cura utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. (...) Il tempo di relazione è tempo di cura”* (FNOPI, 2019, art.4). Proprio quest'ultima affermazione costituisce il punto di partenza per questo lavoro di tesi; infatti, il prendere in considerazione tale paradigma consente di intraprendere uno studio di analisi relativa a questa cornice di riferimento. L'articolo 4 afferma che una reciproca relazione proporzionale non è un veicolo per somministrare cure, bensì ha una funzione terapeutica propria. L'arte del prendersi cura richiede una consapevolezza più profonda: presuppone il riconoscimento dell'altro come soggetto in prossimità spaziale e temporale; non si tratta di un rapporto basato su un semplice scambio, ma l'io deve entrare in contatto con l'altro (Giuliani, 2018). Per cui, rientra negli obblighi del professionista riconoscere il tempo disponibile per pianificare e realizzare il miglior percorso di cura, ovvero identificare il tempo giusto per incontrare l'altro. Il “tempo di relazione” è quindi una costante che orienta l'agire del professionista, il cui deve assicurare che il paziente non venga lasciato in abbandono nella sua vulnerabilità^[4]. Tramite questo principio si riconosce l'approccio olistico dell'assistenza infermieristica, che non si limita soltanto sui bisogni fisici, ma include anche la sfera emotiva, psicologica e sociale. Pertanto, il tempo dedicato allo scambio interpersonale è una componente essenziale e parte della cura stessa, importante quanto la somministrazione dei trattamenti medici.

⁴ <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/06/Commentario-CD-.pdf> (consultato in data 16/09/2024)

1.7 Dalla logica del mansionario all'evoluzione della relazione infermieristica

Nel corso del tempo sono avvenuti dei cambiamenti del ruolo assunto dall'infermiere nel contesto sanitario, per tali ragioni anche la relazione che intercorre tra il professionista e il paziente ha subito delle modifiche. Per comprendere meglio tale concetto è importante andare a svolgere un breve percorso storico che ha portato significativi mutamenti nel lavoro dell'infermiere.

La professione infermieristica nel corso degli anni ha subito una notevole evoluzione, sia dal punto di vista delle competenze che del ruolo svolto nel contesto sanitario. Prima degli anni Novanta era in vigore il mansionario (DPR n.225/1974), uno strumento legislativo che stabiliva in modo rigido i confini della pratica infermieristica; tale normativa affermava che gli infermieri dovessero ricoprire un ruolo di esecutori della scienza medica, svolgendo compiti pratici limitati e subordinati come la somministrazione delle terapie e la gestione dei pazienti nelle attività quotidiane, senza dare particolare rilevanza ad un approfondimento teorico-scientifico. L'organizzazione interna dell'ambiente ospedaliero era di tipo gerarchica: i medici detenevano un'autorità centrale e gli infermieri, inizialmente costituiti da sole donne (L.124/1971), agivano principalmente come supporto con autonomia decisionale limitata e supervisione diretta dei compiti svolti.

L'unica relazione significativa che si instaurava nel processo di cura era il rapporto tra medico e paziente che era fortemente asimmetrico, la comunicazione era molto formale e il paziente tendeva ad essere un soggetto passivo che subiva le decisioni sanitarie prese dall'autorità medica senza una reale condivisione e discussione. Invece, l'infermiere interagiva con i pazienti in una forma distaccata poiché la relazione era maggiormente orientata all'esecuzione degli ordini medici e meno a una relazione empatica e partecipativa con l'assistito. In particolare sono gli anni Settanta che in Italia rappresentarono un periodo di cambiamento e transizione verso un sistema sanitario più accessibile, attraverso la riforma sanitaria del 1978 (L.833/1978) che garantì l'assistenza sanitaria gratuita e universale a tutti i cittadini, non più attraverso mutue sanitarie dipendenti dalle condizioni lavorative del paziente.

La vera trasformazione della categoria infermieristica è avvenuta dopo l'abolizione del mansionario con la legge 42/1999 che ha riconosciuto l'infermiere come

professionista sanitario dotato di proprie responsabilità e autonomie, passando da una figura subordinata a un ruolo attivo nella cura del paziente. Oggi, grazie a questa legge, l'infermiere non è più solo un esecutore di ordini ma un vero e proprio professionista sanitario autonomo e con competenze multidisciplinari considerato come un componente chiave del sistema sanitario, partecipando attivamente alla diagnosi infermieristica, pianificando gli interventi assistenziali personalizzati e monitorando l'evoluzione del paziente.

Insieme alle trasformazioni del sistema sanitario e alla crescita della centralità del paziente è mutato il modo in cui vengono svolte alcune attività, inclusa la relazione tra infermieri e pazienti. In passato tale rapporto interpersonale era un'operazione meccanica e formale piuttosto che considerare l'assistito come individuo con cui instaurare una relazione personalizzata focalizzata anche sugli aspetti psicologici più profondi. Il paziente oggi non è più un semplice destinatario delle cure, ma una persona da ascoltare e coinvolgere attivamente nel processo terapeutico. La comunicazione in passato era filtrata dalla figura medica, poiché raramente l'infermiere spiegava ai paziente le procedure o le cure che stavano per ricevere e quest'ultimo subiva passivamente senza una reale comprensione. Invece, al giorno d'oggi gli infermieri sono formati per fornire informazioni chiare e comprensibili, costituendo spesso il primo punto di riferimento per dubbi e chiarimenti al paziente, garantendo continuità tra la comunità e il resto del team medico. In aggiunta a ciò, il professionista è anche tenuto a riconoscere e gestire gli aspetti psicologici, contribuendo al benessere emotivo e mentale dell'assistito per offrire sostegno nei momenti critici come durante la diagnosi clinica o le fasi terminali di una malattia (Skilbeck et al, 2003). Questa maggiore sensibilità ha trasformato la relazione infermieristica in un rapporto più profondo e personale, facendo sì che il professionista sanitario agisca anche da mediatore con il medico e aiuti il paziente a esprimere le proprie preferenze. Inoltre, nel corso degli anni si è assistito ad un importante cambiamento demografico delle popolazioni assistite rispetto al passato in cui ci si occupava di pazienti provenienti da contesti omogenei spesso della stessa cultura e lingua, oggi gli infermieri lavorano in ambienti più multiculturali con pazienti con tradizioni, culture e religioni diverse che richiede nuove competenze comunicative per garantire che ogni paziente riceva cure rispettose secondo le proprie credenze (Leininger et al, 2004). Si è assistito quindi a un'evoluzione della

relazione d'aiuto da un rapporto tecnico e distaccato a una connessione più empatica e collaborativa, promuovendo una maggiore partecipazione del paziente nelle decisioni terapeutiche, garantendo supporto psicologico e costruendo relazioni basate su fiducia, empatia e comunicazione attiva.

1.8 I possibili ostacoli alla relazione tra infermiere e paziente

Alcune attività della pratica possono incidere sulla relazione instaurata con il paziente. A questo proposito l'infermiera Jean Watson con la sua teoria del Caring offre una visione critica dello sviluppo tecnologico e dell'espansione della burocrazia che hanno profondamente trasformato i sistemi sanitari moderni, sottolineando l'importanza di preservare la dimensione umana dell'assistenza infermieristica (Smith et al, 2013). Questo pensiero non nega l'importanza della nuova tecnologia nel miglioramento delle cure sanitarie; bensì sottolinea il rischio di un suo uso eccessivo e sbilanciato che può ridurre l'assistenza a focalizzarsi sugli aspetti tecnici a scapito della relazione umana con il paziente, percependo quest'ultimo come un "oggetto" piuttosto che come una persona con bisogni fisici ed emotivi. Oltre alla tecnologia, un'altra caratteristica degli attuali sistemi sanitari è l'incremento della burocrazia, necessaria per garantire la sicurezza e la qualità delle cure; attenersi a procedure e protocolli standard rigidi possono comportare il rischio di limitare la flessibilità delle iniziative e delle abilità infermieristiche di adattare le cure alle specifiche esigenze di ciascun paziente, entrando in conflitto con il rispetto delle individuali diversità. Inoltre, l'eccessivo carico burocratico e la gestione dei dispositivi tecnologici può ridurre il tempo disponibile per entrare in relazione diretta con i pazienti, marginando l'ascolto attivo, il supporto emotivo e la presenza empatica del caring. È richiesto quindi ai professionisti sanitari, degli attuali sistemi sanitari, di rimanere centrati sull'instaurare una relazione autentica ed efficace con il paziente, integrando in modo equilibrato e complementare la tecnologia avanzata e le pratiche amministrative per garantire il miglior livello di sicurezza e qualità delle cure.

In sintesi, tra i diversi professionisti della salute la figura infermieristica è quella che trascorre più tempo a contatto con il paziente, di conseguenza possiede una maggior influenza sui comportamenti e atteggiamenti dell'assistito riguardo al processo di cura (Ku et al, 2010). Relazionarsi in modo efficace è quindi una grande responsabilità, in

grado di influenzare cambiamenti nella vita del paziente in maniera potenzialmente favorevole o limitante. Gli infermieri devono essere consapevoli di quanto sia importante instaurare e sviluppare una relazione sincera, empatica, rispettosa e di supporto con l'assistito per il processo di guarigione dello stesso, accogliendo e adattandosi in maniera flessibile alle trasformazioni del contesto sanitario nel tempo. Nei prossimi capitoli verrà esaminato più nel dettaglio come la relazione tra infermiere e paziente ha subito dei cambiamenti nel corso del tempo, attraverso l'analisi dei fattori che l'hanno influenzata e le parole di infermieri esperti.

Capitolo 2: Obiettivi

Questo lavoro di tesi è uno studio sperimentale che pone come obiettivo principale far emergere e sottolineare l'importanza del tempo di relazione per la professione infermieristica, prendendo come punto di partenza la frase contenuta all'interno del codice deontologico "*Il tempo di relazione è tempo di cura*" (2019) e somministrando un questionario che vada a porre delle domande prestabilite in merito a tale argomento. Per perseguire tale obiettivo è significativo analizzare e conoscere il parere degli infermieri, con anni di esperienza, in merito al sapersi relazionare con il paziente e comprendere quali fattori abbiano influenzato e modificato il rapporto stesso nel corso del tempo.

Questa indagine è fondamentale perché consente una riflessione sul passato che ci permette di rileggere meglio il presente; conoscere come il tempo di relazione tra infermiere e paziente sia mutato può anticipare le tendenze future e allo stesso tempo riflette una crescita professionale significativa per chi oggi intraprende questa carriera. Inoltre, questa lettura del passato rivolta alla scoperta del presente consente di arricchire la pratica e sviluppare anche una maggior competenza comunicativa ed emotiva nel processo di cura.

Attraverso questo studio si possono andare ad individuare alcuni dei fattori che possono influenzare il tempo di relazione, fungendo da facilitatori o in maniera contraria da ostacoli.

Capitolo 3: Materiali e metodi

Per il relativo studio sperimentale la raccolta dati è stata condotta tra il mese di settembre e di ottobre del 2024, attraverso la somministrazione di un questionario non validato elaborato tramite lo strumento di creazione di moduli online di Google Forms. L'acquisizione dei dati utilizzando tale mezzo è stata dettata dalla scelta di rendere le domande facilmente accessibili ai partecipanti e consentire un'interazione semplice e intuitiva, in modo da agevolare l'inserimento e l'invio immediato delle risposte.

3.1 Descrizione dello strumento di raccolta dati

Il questionario nella prima parte è costituito da tre domande personali per ottenere un profilo dei soggetti partecipanti allo studio. Tali informazioni riguardano: età, sesso, anni di esperienza professionale e aree in cui si è sviluppata la propria carriera.

Successivamente, sono state inserite due domande a risposta multipla: la prima mira a raccogliere informazioni specifiche sul grado di accordo con la frase riportata nel codice deontologico, relativo al tempo di relazione; la seconda ha il fine di evidenziare le convinzioni e l'impegno dei partecipanti nell'instaurare un rapporto di fiducia con il paziente nella pratica quotidiana. Queste domande sono state strutturate secondo la scala Likert, sviluppata dal sociologo americano Rensis Likert nel 1932, composta da una serie di definiti item che riflettono i vari gradi di percezione in merito a un determinato argomento, ottenendo dati sistematici e quantitativi. I punteggi attribuiti sono stati stabiliti secondo un range che va da 1 a 5, esprimendo: il numero 1 corrisponde a molto in disaccordo/ molto difficile; il 2 a in disaccordo/difficile; il 3 neutrale; il 4 a d'accordo/facile; infine, il 5 equivale a molto d'accordo/molto facile. In aggiunta a quanto detto, ad ognuna delle domande a scelta multipla viene abbinato un

quesito facoltativa a risposta aperta per consentire ai partecipanti di motivare la loro opinione.

Al termine del questionario è stata inclusa un'ulteriore domanda aperta che consente ai partecipanti di esprimere liberamente opinioni e riflessioni in merito ai cambiamenti vissuti durante la propria esperienza lavorativa, per quanto riguarda la relazione che si instaura con il paziente. Per offrire un aiuto nella risposta sono state riportati alcuni fattori che possono condizionare il rapporto che intercorre tra i due soggetti; tali variabili sono il tempo a disposizione, le conoscenze possedute, l'organizzazione dell'ambiente lavorativo, l'empatia e la fiducia reciproca.

3.2 Campionamento

Il questionario proposto è stato somministrato in via digitale utilizzando un metodo di campionamento definito *a palla di neve* che consiste in un approccio in cui il ricercatore incoraggia alcuni membri della popolazione a reclutare altri membri per favorire l'acquisizione di dati; tale metodo si rivela particolarmente efficace quando non esiste un elenco completo dei potenziali partecipanti. Il seguente reclutamento è avvenuto contattando, in maniera informale, alcuni infermieri incontrati durante la mia esperienza di tirocinio a cui ho chiesto loro di segnalare altri colleghi che rispecchiassero precisi criteri di inclusione. Questa tecnica ha consentito di espandere gradualmente il campione attraverso le reti professionali esistenti, promuovendo un ambiente di fiducia in cui i partecipanti tendono a sentirsi più a loro agio nel rispondere se invitati dai propri *partner* di lavoro. Per il presente studio è stato preso in esame un campione di *testimoni privilegiati*, ovvero una procedura che consente di selezionare dei soggetti partecipanti, sulla base delle loro caratteristiche o esperienze, che meglio rispondono alle finalità dell'indagine secondo il giudizio del ricercatore. Nel nostro caso, si prendono come riferimento infermieri che hanno un'ampia esperienza nel settore, ovvero con almeno 30 anni di carriera, o coloro che hanno già raggiunto la pensione. Questa scelta è stata motivata dalla volontà di raccogliere esperienze e opinioni da professionisti con una riconosciuta esperienza consolidata nell'ambito infermieristico e che si presume abbiano vissuto in prima persona significativi cambiamenti nel rapporto con il paziente, rendendoli preziose fonti di riflessione sul tema oggetto dello studio. In particolare, si vuole far emergere l'importanza del tempo di relazione, la complessità con cui si

instaura tale rapporto infermiere-paziente e individuare i fattori che hanno contribuito ai cambiamenti della pratica professionale nella relazione d'aiuto.

3.3 Limiti dello studio

Il presente studio mostra dei limiti legati alla difficoltà di raggiungere un numero ampio di soggetti che possano fornire risposte variegate in merito alla cornice di riferimento presa in esame. Per tanto è stato adottato un tipo di campionamento specifico sopra citato, al fine di garantire che i dati raccolti siano il più rappresentativi possibile della pratica. Tuttavia, prendendo in considerazione questa strategia si riconosce che questa scelta possa limitare la generalizzazione dei risultati ad un contesto sanitario più ampio.

Capitolo 4: Risultati

In questo capitolo vengono presentati i principali risultati emersi dalla raccolta dei dati, ottenuti tramite la distribuzione digitale del questionario progettato. Prendendo in considerazione la metodologia che prevede il coinvolgimento di testimoni privilegiati, sono riuscita ad ottenere la compilazione completa da parte di 10 soggetti. Anche se il campione non è numericamente esteso, poiché non tutti i partecipanti rispettavano i criteri di inclusione stabili ai fini della ricerca, la qualità dei rispondenti ha permesso di raccogliere informazioni significative fornendo una visione approfondita delle dinamiche trattate. I dati emersi possono quindi offrire spunti rilevanti per future indagini, soprattutto in termini di ampliamento del campione e di confronto con altre realtà sanitarie, confermando la rilevanza dei risultati all'interno del quadro scientifico di riferimento.

Di seguito vengono riportate le informazioni ottenute seguendo in maniera chiara e ordinata le domande principali, ponendo una particolare attenzione sui punti rilevanti della ricerca per ottenere risultati facilmente confrontabili rispetto alla letteratura nella sezione dedicata alla discussione.

1) In che anno è nata/o?

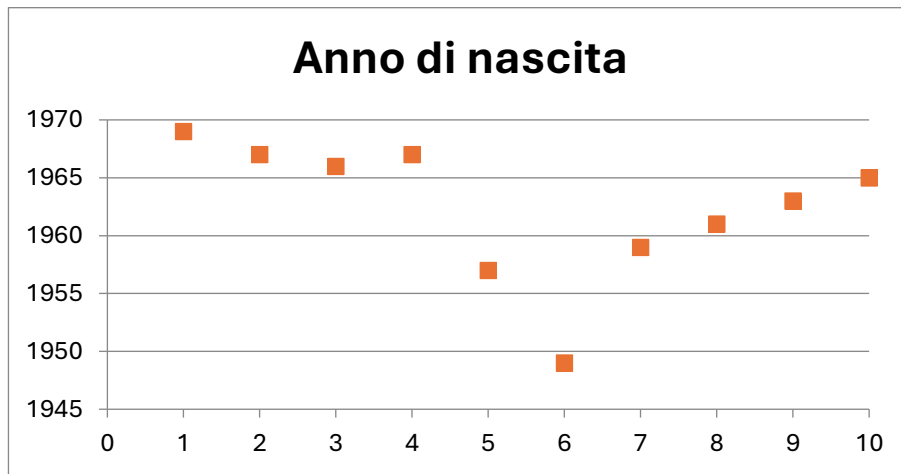


Tabella 1. – Anno di nascita dei soggetti partecipanti (elaborazione propria)

2) Sesso

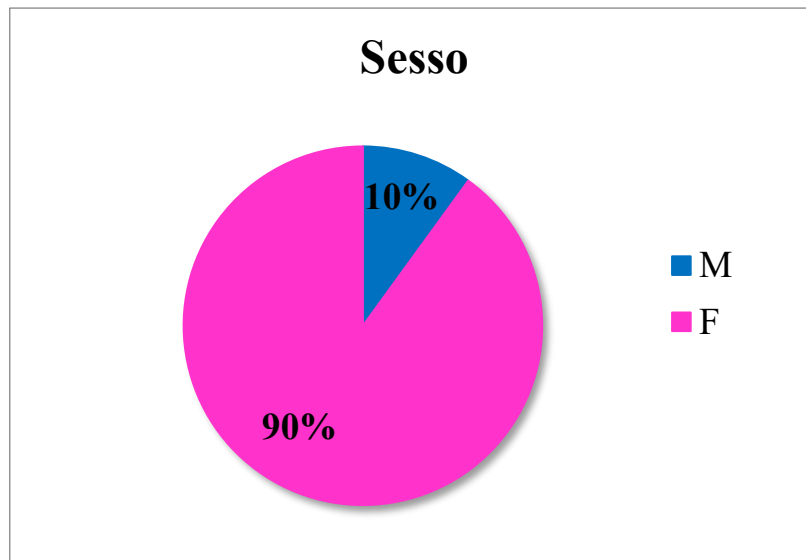


Tabella 2. – Sesso dei partecipanti (elaborazione propria)

3) In quali aree o reparti ospedalieri ha lavorato durante la sua carriera infermieristica e per quanti anni ha esercitato la professione?

Le risposte ottenute hanno permesso di calcolare una media degli anni di esperienza dei soggetti presi in esame, che oscilla tra 37-38anni. I principali reparti in cui hanno svolto la maggior parte della loro esperienza professionale sono: medicina e chirurgia. Inoltre, alcuni dei partecipanti hanno lavorato in: adi, pneumologia, rianimazione e sala operatoria.

4) Secondo la scala Likert da 1 a 5 quanto considera condivisibile la seguente espressione: "il tempo di relazione è tempo di cura"?

Dal campione preso in esame il 50% dei partecipanti è risultato molto d'accordo riguardo al paradigma proposto dal Codice Deontologico; il 40% si è trovato d'accordo in merito a tale affermazione; il 10% risulta essere neutrale; invece, nessun soggetto appartenente allo studio è risultato essere in disaccordo o molto in disaccordo rispetto al quesito proposto.

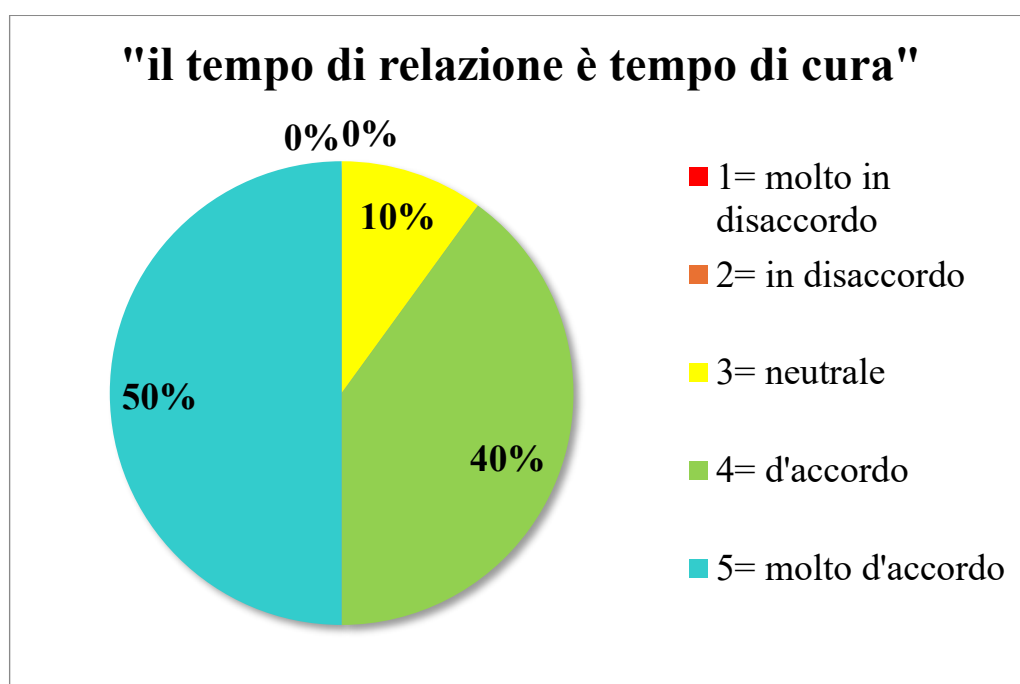


Tabella 3. – Opinioni in merito all'affermazione contenuta nel Codice Deontologico 2019 (elaborazione propria)

4.1) Motiva la risposta precedente

Dalle risposte è emerso come il tempo dedicato alla relazione con il paziente rappresenta un aspetto fondamentale da tenere in considerazione durante l'assistenza sanitaria erogata; infatti tre dei partecipanti al questionario hanno affermato che la cura passa anche attraverso la relazione, poiché consente di migliorare l'esito dei trattamenti e dare "energia" al paziente per affrontare il proprio stato di malattia e le procedure tecniche a cui viene sottoposto. Altri due soggetti considerano la relazione un elemento chiave per permettere all'assistito la condivisione delle proprie paure e incertezze sul futuro, affinché non venga considerato solo come utenza, ovvero un mero destinatario a cui vengono erogati interventi di natura tecnica. La maggior parte dei partecipanti che hanno risposto di essere molto d'accordo all'affermazione proposta ha sottolineato come dedicare tempo all'interazione con il paziente risulta essere significativo per instaurare un clima di fiducia reciproca, che consente all'assistito di adattarsi alla nuova condizione di salute e all'ambiente in cui si trova. Le persone che hanno risposto alla domanda precedente con i punteggi 3 e 4, che corrispondono a neutrale e d'accordo, hanno concordato come l'affermazione proposta dal Codice Deontologica rappresenti effettivamente una verità indiscussa, tuttavia negli attuali contesti sanitari tale dinamica non viene applicata dedicandogli il tempo necessario.

5) Secondo la scala Likert da 1 a 5 quanto è facile costruire una relazione di fiducia con il paziente?

Alla domanda posta, le risposte ottenute sono risultate piuttosto eterogenee, riflettendo diverse opinioni tra i partecipanti. In particolare, il 40% ha dichiarato che instaurare una relazione di fiducia con il paziente è difficile, evidenziando una sfida significativa in questo ambito. Al contrario un 20% si è mantenuto neutrale sulla questione, non esprimendo né particolari difficoltà né facilità. Un altro 20% ha invece affermato che stabilire questo tipo di relazione è relativamente facile. Infine, le posizioni più estreme si dividono equamente: un 10% ritiene che sia molto difficile, mentre un ulteriore 10% ha indicato che per loro è molto facile instaurare un rapporto con il paziente. Questi dati mostrano una varietà di esperienze e percezioni, suggerendo che l'instaurazione della fiducia dipenda da molteplici fattori, sia personali che contestuali.

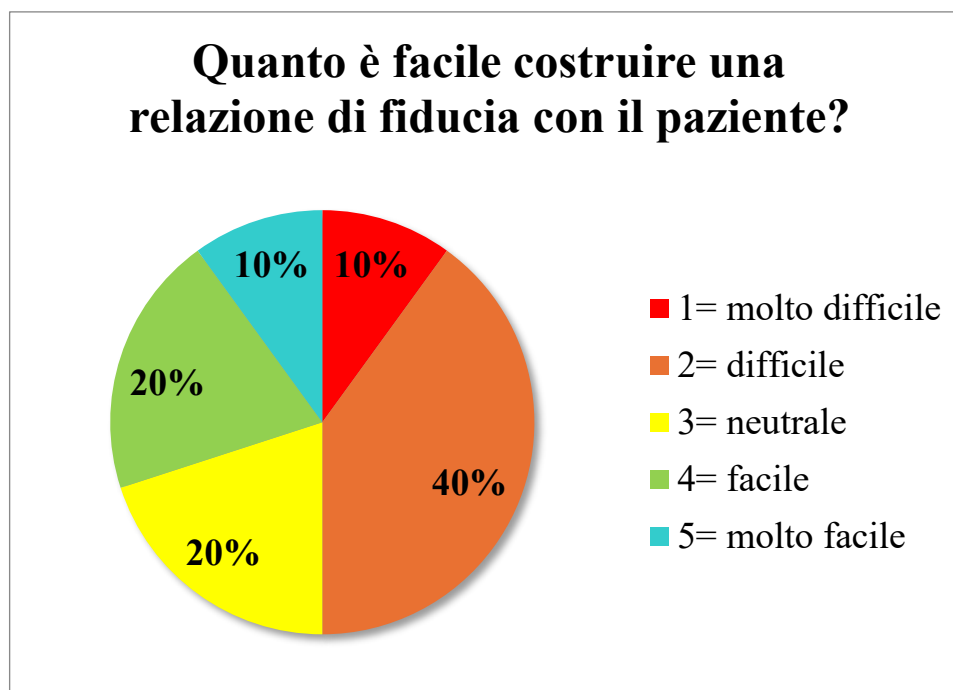


Tabella 4. – Opinioni in merito alla facilità con cui si costruisce una relazione di fiducia con il paziente (elaborazione propria)

5.1) Motiva la risposta precedente

Dalla relativa domanda facoltativa è emerso che i soggetti che hanno indicato il livello 2 della scala Likert riportata ritengono che instaurare una relazione basata sulla fiducia dipenda da diverse variabili. Tra i fattori più significativi sono stati citati: la patologia e lo stato emotivo del paziente; l’empatia e la predisposizione dell’operatore sanitario a impegnarsi nella relazione; la diffidenza, talvolta presente, nei confronti del sistema sanitario nel suo complesso. I soggetti che hanno dichiarato che costruire una relazione di fiducia con il paziente risulti facile o molto facile hanno motivato la loro risposta evidenziando l’importanza del ruolo attivo dell’infermiere in questa dinamica. Questi partecipanti sostengono che, affinché si possa instaurare tale relazione, è fondamentale dedicare tempo al paziente, utilizzare un linguaggio non verbale appropriato e manifestare empatia. Secondo loro, questi elementi sono essenziali per creare un ambiente in cui l’assistito si senta ascoltato e compreso, facilitando così l’apertura e la costruzione di un legame di fiducia. Gli infermieri che hanno partecipato al questionario e hanno affermato che costruire una relazione di fiducia sia molto difficile, o che si mantengono neutrali sulla questione, hanno evidenziato come questo

processo dipenda fortemente da fattori organizzativi. Nella loro motivazione, hanno sottolineato la mancanza di tempo adeguato da dedicare ai pazienti e il problema del personale ridotto, che limitano la possibilità di instaurare un legame significativo. Questi aspetti organizzativi vengono percepiti come possibili ostacoli alla capacità degli infermieri di dedicarsi pienamente alla relazione con il paziente, rendendolo più difficile la costruzione di un clima di fiducia e comunicazione efficace.

6) Nel corso della sua carriera lavorativa nel rapporto con i pazienti ha trovato maggiori risorse o criticità fra ieri e oggi, in relazione rispettivamente ai seguenti fattori: a) tempo a disposizione; b) conoscenze tecniche e culturali; c) organizzazione lavorativa; d) empatia verso il paziente; e) fiducia?

Dall'analisi libera fornita dai testimoni privilegiati, è emerso che il 50% di essi concorda sull'attuale scarsità di tempo da dedicare all'interazione con il paziente. In riferimento a questa considerazione, è stata approfondita come criticità rispetto agli inizi della loro carriera l'aumento del tempo dedicato alla pratica burocratica. Sebbene i professionisti coinvolti nella ricerca riconoscano l'importanza del tempo di relazione, il contesto attuale richiede un'elevata velocità di intervento e si osserva una carenza di personale, il che porta spesso a trascurare la dinamica relazionale. Inoltre, i pazienti si mostrano più dubbiosi verso il sistema sanitario rispetto al passato, rendendo ancora più difficile la costruzione di un rapporto di fiducia. Tuttavia, un soggetto ha sottolineato come in alcuni ambiti, come quello della dialisi, la relazione con il paziente assume una maggiore rilevanza dato il bisogno di educarlo adeguatamente. In un'altra risposta, è emersa l'importanza dell'esperienza professionale che può costituire una risorsa preziosa per organizzare il lavoro in modo più efficiente, permettendo così di ritagliare del tempo per costruire un legame di fiducia con il paziente. Questi aspetti sottolineano come nonostante le difficoltà organizzative e la crescente diffidenza dei pazienti, vi sia un impegno da parte degli infermieri a migliorare le interazioni, cercando di adattarsi alle sfide del loro ambiente di lavoro.

Capitolo 5: Discussione

La parola “assistere” deriva dal latino *ad-sistere* e significa “stare accanto” “essere presente”⁵, un concetto che può portare a riflettere sull’essenza dell’assistenza infermieristica desumendo che l’infermiere non si limita a fornire cure tecniche ma fonda il proprio agire e la propria identità nella connessione umana con il paziente, dove la relazione ne diviene il fulcro. L’approccio assistenziale deve orientarsi al prendersi cura del malato (to care) piuttosto che al guarire la malattia (to cure), considerando la persona nella sua globalità e unicità; per conseguire ciò è indispensabile che le azioni, svolte nel processo di cura, siano sempre con l’altro e mai sull’altro (Perna, 2021).

Da una risposta ottenuta dal questionario somministrato, emerge una critica della spersonalizzazione del paziente nel contesto contemporaneo: l’assistito viene ridotto a un semplice numero all’interno dell’organizzazione del sistema sanitario, rappresentando un potenziale rischio che consiste nell’andare a perdere il contatto umano alla base dell’assistenza. Per poter garantire un soddisfacimento dei bisogni in senso olistico e assicurare la qualità delle cure è necessario comprendere l’individuo coinvolto nella sua totalità, in particolare ascoltandone la storia e il linguaggio non verbale associato. Infatti, spesso uno stato di sofferenza può nascondere i veri bisogni della persona, per cui è compito dei professionisti della salute mettere in gioco competenze trasversali necessarie ad allargare l’osservazione verso un pensiero, un sentimento, un’immagine, un movimento corporeo, un gesto che rimane sullo sfondo ma che ne rappresenta un elemento chiave (Perna, 2021).

Attraverso il questionario, questa riflessione può essere collegata a un ulteriore concetto: la centralità della salute come elemento essenziale per la vita di un individuo,

⁵ <https://www.treccani.it/vocabolario/assistere/> (consultato in data 07/10/2024)

capace di influenzarne la qualità; infatti, come definisce l'OMS, la salute è *“uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non solo assenza di malattia”*(WHO, 1946, pag.100), quindi è essenziale fornire una cura che considera l'individuo nella sua totalità, non limitandosi al trattamento dei soli sintomi fisici. Pertanto, è essenziale porre l'attenzione a instaurare una relazione significativa e profonda con il paziente in grado di influenzarne l'intero processo di cura. Questo aspetto si può evincere da tale frase: *“Le parole sono dunque potenti frecce che colpiscono il bersaglio, proprio come i farmaci. Il nostro cervello è dotato di bersagli chimici emersi nel corso dell'evoluzione, che possono essere colpiti efficacemente sia dalle parole e dall'interazione sociale sia da molecole e farmaci”* (Fabrizio Benedetti *La speranza è un farmaco* 2018, p.26).

Premesso questo, nel contesto attuale il tempo di relazione viene riconosciuto come tempo dedicato alla cura, in grado di fornire il giusto stato emotivo al paziente per facilitarne l'adattamento alla malattia e alleviare le sofferenze (Mok et al 2004). Dedicando tempo al dialogo con il paziente si consente agli infermieri di ottenere una visione più oggettiva dei bisogni totali dello stesso, in modo da garantire una cura olistica completa (Karlsson et al, 2014). Al contrario, se il paziente non riceve la giusta attenzione nella dinamica relazionale, portandolo a sentirsi ignorato a favore di un sistema in corsa verso un miglioramento delle competenze tecniche (Castledine, 2004), questo può ostacolare l'instaurazione della fiducia da parte sua, portando a una carenza di comunicazione. Di conseguenza, ciò si riflette in un mancato riconoscimento e risposta adeguata da parte dei professionisti ai bisogni inespressi. Si comprende che il miglioramento della salute dell'assistito è uno sforzo congiunto che richiede la partecipazione impegnata di entrambi i soggetti coinvolti e, come tale, il paziente ricopre un ruolo attivo nell'essere disposto a far entrare nella propria individualità l'infermiere e impegnarsi nella condivisione personale (Strandås et al, 2018). Tale reciprocità all'interno della relazione è documentata nella letteratura con diversi studi in cui si afferma che i pazienti trovano più facile condividere preoccupazioni o problemi quando gli infermieri mostrano un interesse genuino e si rivelano essere più ricettivi all'insegnamento, seguendo di buon grado i consigli degli infermieri che ritengono affidabili (Mok, 2004).

È importante evidenziare come in alcuni determinati contesti, come emerge il reparto della dialisi nelle risposte raccolte, la relazione assume un ruolo ancora più centrale

nell'assistenza, poiché risulta cruciale ai fini dell'educazione specifica sui cambiamenti che il paziente dovrà fronteggiare per gestire in modo efficace il suo nuovo stato di malattia, aumentandone quindi la qualità di vita percepita dallo stesso. La relazione diventa quindi un mezzo efficace attraverso cui l'infermiere può favorire l'adattamento, migliorare l'aderenza al trattamento e promuovere un approccio attivo nella gestione della propria salute. Entrando in contatto diretto con il soggetto assistito l'infermiere ha l'opportunità di comprendere a fondo i suoi desideri e le sue scelte, affinché possa sostenere attivamente tali decisioni e intercedere con il team sanitario e la famiglia per garantire il rispetto delle sue volontà nei limiti permessi (Strandås et al, 2018). È evidente quindi che in contesti dove è richiesta una significativa comprensione e collaborazione del paziente volte ad acquisire competenze e autonomia nella gestione della propria salute, come nei contesti riabilitativi o di gestione delle malattie croniche, il personale deve avere una maggior consapevolezza dell'importanza del tempo di relazione e dei suoi effetti; tuttavia, anche in queste circostanze rimane la sfida di come garantire che questo tempo venga effettivamente dedicato a tale scopo.

Nella maggior parte delle risposte ottenute emerge un interessante quadro comune in merito alla percezione del tempo a disposizione da parte dei professionisti da dedicare all'interazione con il paziente, ovvero si riscontra che rispetto al passato tale tempo assume un maggior riconoscimento che, però, spesso risulta non disponibile. Alcune delle parole usate dai partecipanti allo studio sono state: *“in passato c'era più tempo da dedicare ai rapporti interpersonali, oggi è tutto più veloce”*; *“ieri il tempo dedicato al paziente era maggiore”*; *“[...] è qualcosa che richiede una quantità di tempo spesso non disponibile”*. In altre parole, nonostante la consapevolezza acquisita è chiaro che nella pratica quotidiana non viene dedicato sufficiente spazio alla dinamica relazionale, creando una dissonanza tra ciò che si riconosce come importante e ciò che viene effettivamente praticato.

La relazione tra infermiere e paziente è un elemento cruciale per garantire un'assistenza di qualità e un'esperienza positiva per il paziente; tuttavia, la letteratura evidenzia come attualmente questa dimensione relazionale sia spesso trascurata, a causa di fattori organizzativi e di un rapporto infermiere/paziente che in Italia si attesta a 1 a 9,54, ben al di sopra della soglia ideale di 1 a 6 (Piu, 2016). Studi recenti hanno dimostrato che un aumento nel rapporto infermiere/paziente, come il passaggio a 1 a 7,

si traduce in un incremento della mortalità del 6% e di cure mancate del 23%. Questi dati sottolineano l'importanza di un numero adeguato di infermieri che serve per garantire non solo le cure fisiche, ma anche quelle relazionali, che sono essenziali per il benessere globale del paziente. Riprendendo gli studi scientifici di riferimento, si riscontra che le attività più frequentemente omesse dagli infermieri italiani riguardano aspetti fondamentali come la comunicazione e il conforto; infatti, il 53% degli infermieri riporta di non riuscire a dedicare il tempo necessario a dialogare con i pazienti (Ausserhofer et al, 2013). Questa mancanza di attenzione alla dimensione relazionale non solo influisce sulla qualità delle cure, ma alimenta anche il senso di insoddisfazione tra i professionisti come viene dimostrato da un 38,73% degli infermieri che percepisce una bassa qualità delle cure e solo il 9% si dichiara molto soddisfatto del proprio lavoro (Piu, 2016).

Questa crisi relazionale è aggravata da una “*logica mansionariale*” (Piu, 2016, pag.3) che orienta gli infermieri verso l'esecuzione di attività organizzate per compiti specifici, trascurando la necessità di costruire una connessione empatica con i pazienti. In accordo a ciò, un' elemento che emerge da un'ampia parte dei partecipanti allo studio è la crescente richiesta di burocrazia, come la compilazione delle cartelle infermieristiche e le richieste di autorizzazioni che si rivelano essere un fattore che limita il tempo a disposizione per mettersi in relazione con il paziente. Gli operatori sanitari si ritrovano a essere sottopressione e a gestire una situazione assistenziale sempre più complessa, affiancata a una parte significativa del proprio turno di lavoro da dedicare a pratiche burocratiche. In sostegno a quanto affermato, questa pratica consiste nel “[...] *compilare, stilare, certificare, documentare, lasciare traccia in mille ‘scartoffie’ che oramai sono il fulcro dell’attività di una cura rubata al tempo che inesorabilmente scivola via*” (Vanzetta, 2022), anziché concentrarsi sull’interazione diretta con i pazienti. Nel contesto ospedaliero attuale i professionisti sanitari sono responsabili di un’ampia gamma di attività che comporta un elevato carico di lavoro, affiancato ad un numero sempre più ridotto dell’organico che costringe a dare priorità ad alcune mansioni a discapito di altre; in aggiunta a ciò, un altro aspetto da prendere in considerazione è la costante necessità di raggiungere standard qualitativi sempre più elevati che comporta a focalizzarsi su aspetti immediatamente critici, trascurando tuttavia l’importanza del tempo dedicato all’ascolto e alla comunicazione. Quanto

appena detto viene affermato dagli infermieri partecipanti allo studio con le seguenti frasi: *“ora si fa fatica perché non c’è mai l’organico completo”* e *“[...] oggi è tutto più veloce e sono tutti agitati”*; si può dedurre che la riduzione o l’assenza di questo tempo dedicato alla relazione con il paziente può contribuire a rendere invisibile delle pratiche infermieristiche essenziali per il benessere dell’assistito. La relazione difatti non è solo un aspetto accessorio dell’assistenza, è fondamentale per la fiducia, la sicurezza e il comfort del paziente, evidenziando come negli ospedali dove le interazioni relazionali sono limitate vengono registrati livelli inferiori di soddisfazione da parte dei pazienti (Lake et al, 2016).

In sintesi, la relazione tra infermiere e paziente è un aspetto imprescindibile dell’assistenza sanitaria che richiede attenzione e investimento, per cui l’attuale difficoltà nel trovare il giusto tempo per l’interazione diretta evidenzia una problematica sistemica che richiede un intervento efficace e immediato. Per affrontare questa situazione è fondamentale promuovere un modello organizzativo che valorizzi la relazione tra infermiere e paziente, non solo come un compito ma come una competenza professionale indispensabile. Inoltre, è necessario investire in una continua formazione e risorse umane adeguate indispensabili per garantire agli infermieri di svolgere il loro ruolo in modo completo, riaffermando i valori fondamentali dell’infermieristica e rispondendo adeguatamente alle crescenti complessità assistenzialistiche. In particolare, come si evince da una risposta fornita dal questionario, una strategia per provare a fronteggiare le difficoltà organizzative presenti nel contesto lavorativo di riferimento è la capacità personale di essere in grado di gestire in modo efficiente il tempo a disposizione nel proprio turno di lavoro, garantendo che le prestazioni siano svolte nel miglior tempo possibile, senza andare a compromettere la qualità delle cure fornite. Questa abilità si consolida attraverso l’esperienza soggettiva e le conoscenze acquisite nel corso della propria carriera, rappresentando un elemento prezioso per ritagliare del tempo da dedicare alla relazione con il paziente in un contesto costantemente frenetico. Quindi, per costruire una relazione d’aiuto di qualità, basata sulla fiducia, è fondamentale la combinazione tra il tempo generale stabilito dall’organizzazione del sistema e l’abilità individuale del professionista, frutto dell’esperienza accumulata, in grado di saper affrontare le criticità che possono presentarsi in maniera proattiva.

In aggiunta a ciò, per stabilire un legame profondo di reciprocità con il paziente, non basta semplicemente trovare del tempo da dedicargli, è fondamentale anche possedere competenze comunicative specifiche ed essere guidati da un impegno autentico nel comprendere l'individualità del soggetto con cui ci relazioniamo. In primo luogo, impegnarsi in modo autentico, attento e non giudicante nel conoscere il mondo del paziente permette di costruire un rapporto sincero e collaborativo in grado di favorire una cura personalizzata (Davies et al, 2017). È necessario essere consapevoli delle differenze individuali che contraddistinguono ogni soggetto con cui interagiamo, poiché quest'ultime contribuiscono a creare per ciascuno di noi una storia unica e a uno stato emotivo che influiscono sul modo in cui viene affrontata la malattia e il trattamento. Dedicare tempo e dimostrare la volontà di essere interessati a migliorare la relazione, oltre il livello superficiale, permette di sviluppare un possibile clima di fiducia da parte di entrambi i soggetti coinvolti, rivelandosi essere un approccio cruciale nel contatto iniziale con il paziente che ne determinerà la profondità del legame che si verrà a instaurare (Pratt et al, 2021). In conferma a quanto detto, un soggetto partecipante allo studio ha affermato che alla base di una relazione di fiducia con l'assistito è opportuno impegnarsi personalmente e professionalmente, amando il proprio lavoro e prestando adeguata attenzione all'altro. In aggiunta, essere capaci di comunicare in modo efficace e ascoltare attivamente le preoccupazioni e le emozioni del paziente, gioca un ruolo cruciale nel processo di cura che richiede quindi, oltre a una particolare sensibilità, anche delle competenze specifiche che non possono essere improvvisate. Infatti, ogni professionista sanitario deve padroneggiare delle competenze di base, non solo per avere consapevolezza del proprio comportamento e quello degli altri, ma anche per essere in grado di affrontare le sfide che si presentano; occorre utilizzare quest'ultime in modo flessibile per adattare ad ogni specifica situazione che il contesto offre. Tra queste competenze sono fondamentali quelle comunicative, volte al dialogo in modo efficace e a favorire un rapporto di fiducia con i pazienti (Deveugele, 2015) che comprendono: l'ascolto attivo, già discusso nel primo capitolo; parlare in modo chiaro e adeguato al contesto; attenzione al linguaggio non verbale; comprendere e rispondere ai sentimenti dell'altro; adattare il proprio stile comunicativo; fornire la giusta quantità e qualità di informazioni⁶. Per fare un esempio, una tecnica fondamentale utilizzata da

⁶ <https://www.janssenmedicalcloud.it/it-it/services/news-center/blt1925564fcc95e6cc> (consultato in data 09/10/2024)

Carl Rogers (1946), ancora centrale nell'approccio alla relazione d'aiuto, consiste nel porre la persona dinanzi ad uno "specchio", rendendola partecipe e consapevole di ciò che esprime sia a livello verbale che attraverso il linguaggio non verbale. Tale approccio si basa nella riformulazione, cioè riprendere il concetto o alcune frasi appena affermate dall'interlocutore per incoraggiarlo a proseguire nel racconto e dimostrargli che si sta seguendo attentamente il suo pensiero. Inoltre, accanto a tale tecnica vi è la parafrasi che implica fare un riassunto del messaggio ricevuto dal paziente utilizzando parole diverse per assicurarsi di aver compreso bene il messaggio, entrando in empatia con il mondo interiore dell'altro e consentirgli anche di elaborare i propri sentimenti. Entrambe le tecniche possono rivelarsi strumenti essenziali per imparare a comprendere meglio i pensieri e i sentimenti della persona con cui ci relazioniamo, lasciando spazio per eventuali correzioni e favorendo un dialogo aperto che crea un legame autentico e profondo. Tuttavia, è necessario adottare un atteggiamento di accettazione incondizionata e sospensione del giudizio, al fine di evitare di proiettare i nostri preconcetti che potrebbero influenzare o distorcere il messaggio ricevuto, promuovendo un ambiente sicuro e di fiducia dove l'individuo si sente accolto e libero di esprimersi senza timore di essere giudicato. Rogers enfatizza, infatti, l'importanza dell'empatia, dell'autenticità e dell'accettazione incondizionata come pilastri della terapia centrata sul cliente, andando a costituire oggi la base degli approcci terapeutici.

Dalle libere riflessioni raccolte attraverso il questionario somministrato, sono state riscontrate alcune delle principali criticità e risorse che hanno influenzato, nel corso degli anni, l'instaurarsi di una relazione efficace tra infermiere e paziente: la disponibilità di tempo, l'organizzazione interna del sistema sanitario, le competenze comunicative e l'esperienza dei singoli operatori. Nonostante quanto detto, i partecipanti allo studio evidenziano come rimane fondamentale, nel confronto tra passato e presente, l'impegno attivo che entrambi i soggetti devono dedicare al fine di instaurare tale rapporto. Dalle risposte raccolte, nella domanda aperta alla fine della compilazione del questionario, si è riscontrato come ciò che attualmente ostacola di più l'instaurarsi di una proficua relazione consiste in una crescente incertezza da parte dei pazienti nei confronti del sistema sanitario; quest'ultimi provano una sfiducia che neppure l'avanzamento tecnologico è capace di dissipare, nonostante la rapidità e l'approfondimento delle informazioni fornite. Un esempio significativo di questo

fenomeno è stato già evidenziato nel 2018 dalla Commissione Europea⁷, in cui si sottolinea l'eterogeneità della percezione dei cittadini sulla sicurezza ed efficacia dei vaccini; questi timori sono spesso alimentati da preoccupazioni legate a effetti collaterali non dimostrati, intensificati ulteriormente dalla disinformazione. Questa mancanza di fiducia da parte dell'opinione pubblica è diventata particolarmente rilevante durante la pandemia di Covid-19 (Jongh et al, 2021) che ha portato a esperienze di isolamento e incertezza nel futuro. I cittadini, pur avendo accesso più facilmente alle informazioni sanitarie tramite l'accesso a internet, hanno manifestato un duplice effetto. Da un lato questa tecnologia può rassicurare i pazienti rendendoli più consapevoli e informati riguardo alle loro diagnosi mediche; dall'altra parte, questa ricerca, può comportare ad un'interpretazione errata dei propri segni e sintomi, generando confusione, disinformazione, contribuendo ad aumentare l'ansia per la propria salute e accrescendo la sfiducia nei confronti dell'assistenza offerta.

Un'altra variabile che può incidere sulla propensione del paziente ad essere aperto ad entrare in relazione con il personale sanitario è lo stato emotivo che il soggetto sta attraversando. Una delle risposte, relativa ad un quesito facoltativo presente nel questionario, porta a riflettere anche sull'influenza che lo stato di malattia esercita nell'instaurazione della relazione d'aiuto. Questa affermazione consente un collegamento al modello flessibile delle 5 fasi proposto da Kubler-Ross (1976) che descrive le emozioni che una persona può sperimentare quando affronta una perdita significativa, come la morte di una persona cara o una diagnosi critica. Sebbene il modello sia nato dall'osservazione di pazienti terminali, può essere applicato anche ad altre situazioni di perdita, incluso il confronto con una diagnosi medica che implica un cambiamento radicale nel proprio stato di salute. Le 5 fasi proposte si articolano in: negazione, ovvero la mancata accettazione della situazione, come meccanismo di difesa volto a evitare il dolore immediato nel confronto con la realtà; rabbia, rivolta verso se stessi o il personale sanitario, che scaturisce come conseguenza di un sentimento di ingiustizia verso qualcosa che non si riesce a spiegare; patteggiamento, un momento di sconforto in cui emergono tristezza e disperazione che conducono il soggetto a tentare di negoziare o trovare una via di uscita dalla situazione stessa; depressione, il confronto

⁷ <https://www.vaccineconfidence.org/our-work/data-visualisations/the-state-of-vaccine-confidence-in-eu-2018/> (consultato in data 10/10/2024)

con la perdita subita fa emergere a pieno il dolore; accettazione, in cui la persona prende consapevolezza del proprio stato e cerca di adattarsi alla nuova situazione. Questo modello non va visto come un processo lineare o rigido, poiché non tutti i pazienti attraversano tutte le fasi né lo fanno nello stesso ordine, ma comprendere questi stati emotivi può essere cruciale per gestire la relazione. Riportando un esempio, durante la fase di negazione il paziente potrebbe sembrare meno disposto a instaurare una relazione aperta che consente di discutere della sua condizione, allo stesso modo durante la fase di depressione il soggetto può apparire distaccato e meno incline a comunicare. Per affrontare efficacemente queste dinamiche l'approccio non può essere analogo ma il professionista deve personalizzare e adattare gli strumenti e le strategie riconoscendo in quale stato emotivo si trova il paziente. Riprendendo l'esempio citato, durante la fase di depressione favorire il supporto di una persona vicina al paziente può rivelarsi cruciale, sollecitandolo e incoraggiandolo ad uscire dalla sua apatia. Questo approccio diversificato e flessibile nella gestione delle diverse manifestazioni della sofferenza può facilitare il superamento delle barriere imposte dal paziente per stabilire una relazione terapeutica efficace, migliorando così la sua partecipazione ai trattamenti sanitari e la qualità di vita durante la malattia, oltre che favorire la crescita e l'evoluzione dei professionisti stessi.

Proprio tale concetto di flessibilità e la presa di consapevolezza in merito al tempo dedicato alla relazione permettono di ottenere significative implicazioni per la pratica. Infatti, prendendo in considerazione la complessa varietà di fattori che possono influenzare la relazione tra infermiere e paziente, appare evidente come risulta opportuno adattarsi in maniera flessibile ai continui cambiamenti che avvengono nel sistema, affrontando le diverse sfide come la crescente burocrazia e l'innovazione tecnologica. Essere in grado di gestire e bilanciare situazioni diversificate, rispondendo con spirito di adattamento agli eventi, non garantisce una sola erogazione efficace ed efficiente dell'assistenza infermieristica ma consente anche un'opportunità di crescita professionale significativa. Infatti, utilizzare in modo critico la propria esperienza contribuisce anche a sviluppare competenze cruciali e una maggiore resilienza che proteggere gli stessi infermieri dal rischio di sviluppare il burnout.

Capitolo 6: Conclusione

Il presente lavoro di tesi ha permesso di approfondire e comprendere maggiormente l'importanza del tempo dedicato, dall'infermiere, alla relazione con il paziente; in particolare, vengono evidenziate le dinamiche che possono influenzare tale rapporto, ovvero rappresentare una criticità o viceversa una risorsa. Tale ricerca si propone anche di valorizzare le percezioni individuali e le esperienze degli infermieri direttamente coinvolti.

Già dal primo capitolo si afferma che l'infermiere, grazie alla sua vicinanza alla persona malata, rappresenta la figura privilegiata capace di influenzare gli esiti del processo di cura, anche attraverso l'instaurazione di una relazione d'aiuto efficace. Inoltre, si sottolinea come il riconoscimento del tempo di relazione abbia acquisito nel corso degli anni una crescente rilevanza, confermata dalle testimonianze raccolte e, dal 2019, divenuta un principio sancito nel Codice Deontologico degli infermieri. È quindi fondamentale acquisire consapevolezza dell'importanza cruciale che il tempo dedicato alla relazione ricopre all'interno del processo di cura, sebbene questo aspetto sia poco documentato e tracciabile nelle cartelle cliniche. Del resto, creare un legame autentico e profondo con l'assistito costituisce un ruolo primario per offrire un'assistenza di qualità; in aggiunta, garantisce il rispetto delle scelte del paziente, migliorando la sua percezione della vita e favorendo l'adattamento alla nuova condizione di salute e alla gestione della propria sofferenza, contribuendo così attivamente a un processo orientato verso la guarigione.

Nonostante quanto affermato, instaurare un rapporto efficace tra infermiere e paziente rimane un processo complesso ed, affinché tale legame produca i risultati sperati, è indispensabili dedicare il giusto tempo e favorire la fiducia reciproca. Dall'analisi delle risposte al questionario somministrato agli infermieri, sono emersi diversi fattori che

influenzano questa dinamica. Tra le criticità principali si evidenziano il ridotto organico e la crescente necessità di documentare le procedure svolte, spesso andando a sopraffare il personale e rendendolo insoddisfatto per la mancanza di tempo da dedicare a specifiche cure. Nonostante ciò, oggi i professionisti dispongono di maggiori conoscenze e competenze che rappresentano una risorsa che favorisce di instaurare, anche in tempi più brevi, una buona relazione di fiducia con il paziente. Va infine considerato come anche quest'ultimo gioca un ruolo attivo nel costruire tale relazione; infatti, esso porta con sé un bagaglio individuale che comprende la propria storia, la sofferenza e le emozioni personali che possono costituire un ostacolo nel processo di relazione. Per cui, al professionista è richiesta un'assenza di giudizio e un interesse autentico per le esigenze del paziente al fine di soddisfarle adeguatamente e favorire il benessere globale dell'assistito.

In conclusione, il tempo dedicato alla relazione con il paziente rappresenta un elemento imprescindibile dell'assistenza sanitaria, soprattutto in contesti in cui l'educazione dell'assistito è fondamentale per l'autogestione della propria salute. Questo aspetto non solo contribuisce a migliorare gli esiti clinici ma identifica anche gli infermieri nel proprio ruolo; infatti, senza una relazione autentica non c'è cura. Con l'aumento dell'invecchiamento della popolazione e delle patologie multiple la sola guarigione non deve essere vista come l'unico obiettivo, ma lo è piuttosto la cura che si fonda su un'assistenza orientata all'umanizzazione e a un approccio relazionale personalizzato, evitando di rifugiarsi in un iper-tecnicismo che distoglie l'attenzione dalla persona assistita.

Approfondire il tema trattato in questo studio può fungere da punto di partenza per abbandonare definitivamente la logica del lavoro per compiti e mettere al centro dell'assistenza il paziente. Si tratta di un passaggio dal semplice "fare" gli infermieri a "essere" infermieri, capaci di gestire e tentare di lenire le sofferenze, aiutando così i pazienti a convivere con le loro condizioni di salute in modo più dignitoso. Infine, possiamo asserire che anziché concentrarci esclusivamente su ciò che non funziona, dovremmo comprendere e rinforzare ciò che funziona. Quindi, possiamo così concludere che *"La vera sfida è riprendersi il tempo di cura"* (Di Giulio, 2018, pag.3), per garantire un'assistenza che risponda alle esigenze reali dei pazienti e promuova un legame umano autentico.

Bibliografia: in APA style

- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A.M., Ball, J., Scott, A., Kinnunen, J., Heinen, M., Sjetne, I.S., Moreno-Casbas, T., Kózka, M., Lindqvist, R., Diomidous, M., Bruyneel, L., Sermeus, W., Aiken, L.H., Schwendimann, R., & RN4CAST Consortium. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ quality & safety*, 23(2), 126-135. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>
- Birkhäuser, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PloS one*, 12(2), e0170988. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>
- Castledine G. (2004). The importance of the nurse-patient relationship. *British Journal of Nursing*, 13(4), 231. <https://doi.org/10.12968/bjon.2004.13.4.12132>
- Davies, B., Steele, R., Krueger, G., Albersheim, S., Baird, J., Bifiric, M., Cadell, S., Doane, G., Garga, D., Siden, H., Strahlendorf, C., & Zhao, Y. (2017). Best practice in provider/parent interaction. *Qualitative Health Research*, 27(3), 406–420. <https://doi.org/10.1177/1049732316664712>
- De Vita, A., (2020). *Il diritto all'autodeterminazione in ambito sanitario e il testamento biologico: verso nuove frontiere del diritto? Il diritto della sanità: problematiche attuali*. Giustizia amministrativa, Milano. <https://www.giustizia-amministrativa.it/-/de-vita-il-diritto-all-autodeterminazione-in-ambito-sanitario-e-il-testamento-biologico-verso-nuove-frontiere-del-diritto-il-diritto-della-sanita-prob>
- Deveugele, M. (2015). Communication training: Skills and beyond. *Patient education and counseling*, 98(10), 1287-1291. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.011>
- Di Giulio, P. (2018). Rivoluzionare le logiche organizzative del lavoro degli infermieri per lasciare più tempo alla cura. *Forward*. <https://forward.recentiproggressi.it/it/rivista/numero-10-tempo/articoli/quei-minuti-preziosi-da-guadagnare/>

- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (2019). *Codice deontologico*. Roma. <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/codice-deontologico/>
- Fontanella L. (2011). *La comunicazione diseguale: ricordi di ospedale e riflessioni linguistiche*. Il pensiero scientifico Editore, Roma
- Forchuk C. (1995). Uniqueness within the nurse-client relationship. *Archives of psychiatric nursing*, 9(1), 34–39. [https://doi.org/10.1016/s0883-9417\(95\)80015-8](https://doi.org/10.1016/s0883-9417(95)80015-8)
- Giuliani L. (2018). *La cura nel tempo: tempus fugit*. Mimesis, Milano-Udine.
- Grice P. (1993). *Logica e conversazione: saggi su intenzione, significato e comunicazione*. Il mulino, Bologna.
- Istituto superiore di Sanità (2005). *Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa - Affrontare le sfide, creare le soluzioni*, Ministero della Salute, Helsinki-Finlandia. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_561_allegato.pdf
- Jongh, T., Rofagha, B., & Petrosova, L. (2021). Contrastare la disinformazione online sui vaccini nell'Unione Europea/Spazio Economico Europeo (UE/SEE). *Gimpios*, 11(2): 50-80. <https://www.gimpios.it/archivio/3688/articoli/36739/>
- Karlsson, C. E., Ek, K., Bergh, I., & Ernsth Bravell, M. (2014). Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: A Swedish exploratory study. *International Journal of Older People Nursing*, 10(3), 190-200. <https://doi.org/10.1111/opn.12072>
- Ku, T.K., & Minas, H. (2010). Development of the Nursing Relationships Scale: a measure of interpersonal approaches in nursing care. *International Journal of Mental Health Systems*, 4:12. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-4-12>
- Kubler Ross E. (2003). *La morte e il morire* (12^eed.). Cittadella Editrice, Assisi.
- Leininger, M., & McFarland, M. (2004). *Infermieristica transculturale. Concetti, teorie, ricerca e pratica*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Likert, R. (1932). Technique for the measure of attitudes. *Archives of Psychology*, 22 140, 55. <https://psycnet.apa.org/record/1933-01885-001>

Mok, E., & Chiu, P. (2004). Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 475-483. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03230.x>

Mortari L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Mondadori, Milano.

Peplau H. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Springer Publishing Company, New York.

Perna A. (2021). *La relazione è cura*. Casa editrice Ambrosiana, Milano.

Piu F. (2016). Lo studio RN4CAST Italia: presentati dati ricerca a Genova. *Nurse24*. <https://www.nurse24.it/specializzazioni/ricerca/rn4cast-genova-infermieri-sasso.html>

Pratt, H., Moroney, T., & Middleton, R. (2021). The influence of engaging authentically on nurse-patient relationships: A scoping review. *Nursing inquiry*, 28(2), e12388. <https://doi.org/10.1111/nin.12388>

Presidente della Repubblica (1971). Legge 25 febbraio n.124: Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1971/04/03/071U0124/sg>

Presidente della Repubblica (1974). Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940 n.1310 sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. https://www.edizionieuropee.it/law/html/49/zn86_04_058.html

Presidente della Repubblica (1978). Legge 23 dicembre n.833: Istituzione del servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italian*. https://presidenza.governo.it/USRI/ufficio_studi/normativa/Legge%2023%20dicembre%201978,%20n.%20833.pdf

Presidente della Repubblica (1999). Legge 26 febbraio n.42: Disposizioni in materia di professioni sanitarie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/03/02/099G0092/sg>

- Rogers C. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *The American psychologist*, 1(10), 415-422. <https://doi.org/10.1037/h0060866>
- Rogers C. (1970). *La terapia centrata sul cliente: teoria e ricerca*. G. Martinelli Editore, Firenze.
- Skilbeck, J., & Payne, S. (2003). Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care. *Journal of advanced nursing*, 43(5), 521–530. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02749.x>
- Smith M. C., Turkel M. C., & Wolf Z. R. (2013). *Caring in Nursing Classics: An Essential Resource*. Springer Publishing Company, New York.
- Strandås, M., & Bondas, T. (2018). The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 74(1), 11-22. <https://doi.org/10.1111/jan.13389>
- Sullivan, V., Hughes, V., & Wilson, D. R. (2022). Nursing Burnout and Its Impact on Health. *The Nursing clinics of North America*, 57(1), 153–169. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.11.011>
- Thibaut, J., & Kelly, H. (1959). *The social psychology of Groups*. J. Wiley & sons, New York.
- Vanzetta M. (2022). La “tossicità burocratica” nei luoghi di cura. *FNOPI*. <https://www.infermiereonline.org/2022/09/02/tossicita-burocratica/>
- Watzlawick, P., Jackson, D.D., & Bavelas, J.B. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana: studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Astrolabio, Roma. (opera originale pubblicata 1967).
- World Health Organization (1946). Preambolo alla costituzione dell'organizzazione Mondiale della Sanità. *Official Records of the World Health Organization*. <https://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>

Sitografia

<https://ascoltoattivo.net/>

<https://www.janssenmedicalcloud.it/it-it>

<https://www.nursingforesight.it/>

<https://www.nursingworld.org/content-hub/>

<https://www.vaccineconfidence.org>

www.fnopi.it

Allegati

Questionario somministrato (riportato in Google Forms):

- 1) In che anno è nata/o?
- 2) Può specificare il suo sesso?
 - Maschio
 - Femmina
- 3) In quali aree o reparti ospedalieri ha lavorato durante la sua carriera infermieristica e per quanti anni ha esercitato la professione?
- 4) Secondo la scala Likert da 1 a 5 quanto considera condivisibile la seguente espressione: “Il tempo di relazione è tempo di cura”?
 - 1= molto in disaccordo
 - 2= in disaccordo
 - 3= neutrale
 - 4= d'accordo
 - 5= molto d'accordo

4.1) Motiva la risposta precedente

- 5) Secondo la scala Likert da 1 a 5 quanto è facile costruire una relazione di fiducia con il paziente?
 - 1= molto difficile
 - 2= difficile
 - 3= neutrale
 - 4= facile
 - 5= molto facile

5.1) Motiva la risposta precedente

- 6) Nel corso della sua carriera lavorativa nel rapporto con i pazienti ha trovato maggiori risorse o criticità fra ieri e oggi, in relazione rispettivamente ai seguenti fattori a) tempo a disposizione; b) conoscenze tecniche e culturali; c) organizzazione lavorativa; d) empatia verso il paziente; e) fiducia?