

DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA
DEI PROCESSI DI SVILUPPO
E SOCIALIZZAZIONE



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Corso di dottorato in Psicologia sociale, dello sviluppo e ricerca educativa

Curriculum in Ricerca Educativa e
Psicologia dello Sviluppo

XXXI ciclo, A.A. 2017/2018

Dottorando

Enrico De Luca

Tutor

Chiar.ma prof.ssa

Anna Salerni

Tutor

Chiar.ma prof.ssa

Marilena Fatigante

Titolo tesi

**La Formazione e Sensibilizzazione
al Contatto nella Professione
Infermieristica**

SOMMARIO

PREMESSA.....	6
INTRODUZIONE.....	7
CAPITOLO PRIMO.....	11
1.1 Il senso del tatto: un senso dalle molte dimensioni.....	11
1.2 Il contatto nei contesti di cura.....	18
1.3 Dal curare all'aver cura: il caring infermieristico	26
CAPITOLO SECONDO	35
L'infermiere nel contesto italiano e le pratiche di Caring	35
2.1 L'infermieristica italiana: professionalizzazione, cambiamenti normativi, nuove figure di supporto e nuovi bisogni formativi	35
2.1.1 Dalle Scuole Regionali per Infermiere Professionale al Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche	35
2.1.2 Professionalizzazione e vocazione	37
2.1.3 Identità professionale	39
2.1.4 Nuove figure dell'assistenza: gli OSS	40
2.1.5 Riflessioni sui bisogni formativi del professionista	41
2.2 La Compassion Fatigue e il Burn Out: strategie per migliorare il coping e le evidenze scientifiche.....	43
2.3 Strategie per prevenire lo stress lavoro-correlato nelle organizzazioni	48
2.3.1 Formare per prevenire lo stress lavoro correlato e il burn-out.....	49
2.3.2 Formazione e pratica del massaggio come prevenzione del burn-out e compassion fatigue.....	51
2.3.3 Gruppo "Affettività delle Cure Infermieristiche": una comunità di pratica del contatto e del Caring	52
CAPITOLO TERZO.....	55
Progetto e scopi della ricerca	55
3.1. Struttura, evoluzione e processo di costruzione del progetto.	55
3.1.1 Elaborazione delle ipotesi di ricerca	56
3.2 Metodi e strumenti	56
3.3 Partecipanti al progetto	57
3.4 Struttura dell'indagine empirica: l'effetto della formazione al contatto	57

3.4.1 Strumenti di misura: Scala di agio/disagio al contatto e il Caring Behaviour Inventory (CBita)	58
3.4.2 Raccolta dati con i questionari	58
3.5 Progettazione dei Focus group	59
3.6 Giornata di sensibilizzazione al contatto	60
3.7 Termini della ricerca: contatto e toccare	61
3.8 Dal questionario al Focus Group: perché integrare dati quantitativi con aspetti qualitativi.	61
CAPITOLO QUARTO	63
ANALISI Parte I: Indagine empirica con questionari	63
4.1 Analisi dei dati dell'indagine empirica con questionari.....	63
4.2 Caratteristiche socio-demografiche	63
4.3 Compilazione e completamento questionari.....	65
4.4 Analisi dei dati.....	65
4.4.1 Comfort with Touch: Ipotesi I.....	66
4.4.2 Caring Behavior: Ipotesi II	66
4.4.3 Verifica delle differenze tra le sottoscale dei due questionari	67
4.4.4 Differenze tra gli item più significativi	69
4.5 Discussione dei risultati	71
4.6 Limiti della raccolta dati e dello studio con questionari	72
CAPITOLO QUINTO	74
Analisi Parte II: i focus group	74
5.1 Analisi dei focus group.....	74
5.2 Metodologia di analisi	75
5.3 Analisi del contenuto	75
5.4 Struttura dei focus group	77
5.5 Trascrizioni del materiale audio.....	78
5.6 Processo di preparazione e analisi delle trascrizioni	78
5.6.1 Definizione delle unità di analisi.....	79
5.7 Approccio iniziale alla fase di codifica e alla creazione di nodi.....	79
5.7.1 Dalle categorie ai temi.....	86
5.8 Temi identificati nell'analisi.....	86
5.8.1 Mandato professionale e consapevolezza del contatto.....	86
5.8.1.1 Consapevolezza e riflessioni sul contatto nel proprio agire professionale	87

5.8.1.2 Essere Infermiere.....	88
5.8.1.3 Contatto Obbligato.....	88
5.8.1.4 Tempi del Contatto	88
5.8.1.5 Contatto intra/inter professionale.....	89
5.8.2 Contatto nel supporto emotivo.....	89
5.8.2.1 Contatto per offrire supporto emotivo	89
5.8.2.2 Interpretazioni dell'abbraccio	90
5.8.2.3 Contatto e morte.....	91
5.8.3 Gestioni di cura.....	92
5.8.3.1 Contatto e relazione	92
5.8.3.2 Gestualità di cura	93
5.8.4 Entrare in contatto con il paziente.....	94
5.8.4.1 Storie personali.....	94
5.8.4.2 Piacere nel toccare.....	95
5.8.4.3 Bisogno del paziente.....	95
5.8.4.4 Rifiuto del paziente.....	96
5.8.5 Contatto e multimodalità	96
5.8.5.1 Contatto come comunicazione.....	97
5.8.5.2 Lettura dei segnali sociali	98
5.9 Discussione dei risultati dell'analisi	99
5.9.1 Interpretazioni del contatto.....	99
5.9.2 Confronto con i risultati della fase I della ricerca	101
5.9.3 Gestualità di cura e contatto strumentale: visioni professionalizzanti del Nursing	102
CAPITOLO SESTO.....	104
Osservazioni conclusive	104
6.1 Conclusioni.....	104
6.2 Implicazioni per il futuro	107
BIBLIOGRAFIA	108
ALLEGATI-1 Consenso Focus.....	121
ALLEGATI-2 -Questionari.....	122
ALLEGATI-3 Tabelle analisi dei dati	126
ALLEGATI-4 Sottoscale dei questionari	128

PREMESSA

Questo lavoro di ricerca è stato ispirato dall'esperienza personale come infermiere e formatore in diversi contesti sanitari italiani. Formare nelle aziende sanitarie mi ha portato ad incontrare numerose infermiere ed infermieri che, riflettendo sul tema del contatto nel contesto di cura, hanno espresso i loro dubbi e a volte dilemmi sul come ritrovare un 'senso delle cure' più vicino alle radici del *Nursing*.

Nell'odierno scenario, dove l'infermiere è sempre più chiamato ad essere un professionista attento all'*evidence based practice*, con un'offerta formativa (sia da parte delle istituzioni che dall'ordine professionale infermieristico) orientata a supportare gli aspetti più tecnico/strumentali dell'assistenza, nasce l'esigenza di volgere lo sguardo, con una lente che riporta alla dimensione umana, ai concetti e contenuti del Care, cioè del prendersi cura.

Il contatto nelle cure infermieristiche, con tutte le possibilità che il senso del tatto offre, occupa un grande spazio nel costante muoversi 'tra corpi' dell'infermiere, e poiché (come recita l'assioma degli studi sul contatto: "non si può toccare senza essere toccati") si tratta dell'unico senso autoriflessivo, è quindi inevitabile la reciprocità e l'entrare in relazione (in con-tatto). Da qui, con diversi livelli di coinvolgimento, nei giusti tempi, nel giusto contesto e nel rispetto delle personali attitudini e nell'essere più o meno a nostro agio nel contatto, è possibile rendere l'esperienza dell'entrare in contatto più ricca.

L'infermiere professionista della cura si apre così a diverse possibilità di ascolto dell'altro; diverse possibilità come sono dopotutto diverse le intelligenze e modalità di apprendimento.

Offrire agli infermieri punti di vista sul contatto nel contesto di cura, per riorganizzarli in riflessioni che possano informare le pratiche, rappresenta un progetto ambizioso ma possibile.

Questa ricerca dottorale ha potuto essere sostenuta, nella parte di raccolta dati, grazie al prezioso contributo di tutti i colleghi infermieri degli Ospedali "Carle" di Cuneo, "Misericordia" di Grosseto, "Sant'Andrea" e "IFO" di Roma, dei colleghi dei Master di terapia del dolore e Master di area critica dell'Università di Parma-Facoltà di Scienze Infermieristiche e al supporto logistico delle organizzazioni che hanno ospitato le giornate di formazione e i sei focus group.

Un ringraziamento al Prof. Chirumbolo (Sapienza) per il sostegno nella costruzione della fase di ricerca quantitativa.

INTRODUZIONE

“Le riflessioni sul *Caring* dovrebbero contribuire a spostare il baricentro della formazione del personale infermieristico in modo che sia intesa a promuovere non solo l’expertise tecnico, ma anche un modo di essere *umanamente impegnato nella pratica*”
Mortari (2013, p. 14)

Il lavoro parte da una prospettiva che considera il contesto sanitario, come tutti i contesti, capace di fornire costantemente, in maniera esplicita e implicita, diverse possibilità di apprendimento per i suoi membri, sia per la ricchezza delle interazioni, come riserva dalla quale attingere e sempre disponibile, che per le necessarie conoscenze tecniche e competenze da possedere ed aggiornare.

La sanità pubblica è in movimento, dopo anni di trasformazioni e riforme, il modello gestionale dominante è mutato inevitabilmente verso una gestione di tipo organizzativo competitivo e aziendale. Le organizzazioni sanitarie, nello specifico quelle ospedaliere, a matrice statale, confrontate con una maggiore complessità gestionale, appaiono incorrere nell’errore di dimenticare i bisogni dell’individuo e dell’operatore (Illich, 2004), e di perdere di vista (nel tentativo di far “quadrare un bilancio” o di seguire un protocollo o ancora di rendere un servizio competitivo rispetto ad altri) ciò che definiamo come *l’umanizzazione delle cure*. Umanizzazione, intesa come attenzione alle problematiche emergenti nel rapporto tra persone e organizzazione; valorizzazione della relazione come componente fondante dell’atto di cura, attenzione agli aspetti strutturali e al clima tra professionisti, e considerazione delle percezioni e bisogni dell’utente/paziente (Zannini, 2008).

L’infermiere impegnato in strutture complesse, ad alta densità, confrontato con la multiculturalità e con una popolazione che invecchia (ageing) deve affiancare a una formazione tecnico scientifica, basata sull’evidenza, la possibilità di sviluppare competenze riguardo gli aspetti relazionali e psicologici del nursing. L’interesse per il contatto corporeo con il paziente come skill specifica e professionale dell’infermiere e, insieme, agente mediatore dell’umanizzazione delle cure si situa in questa discussione.

L’oggetto di questa tesi è una ricerca sull’efficacia di un intervento formativo di sensibilizzazione rivolto a infermieri impiegati in varie strutture ospedaliere italiane e sulle loro interpretazioni del contatto interpersonale nel contesto di cura.

Il disegno di ricerca prevede un mixed method per andare ad integrare, allo studio e misurazione degli atteggiamenti verso il contatto, attraverso scale di valutazione, anche uno sguardo qualitativo alle interpretazioni degli infermieri nei riguardi del contatto.

Nel primo capitolo viene introdotto il tema del contatto nelle relazioni di cura. In questo capitolo si è voluto partire dal corpo e dal senso del tatto; essendo la professione infermieristica, sia per formazione che per mandato, più vicina al corpo del paziente, è stato fondamentale offrire una prima riflessione sul senso del tatto e, da qui, l’entrare in contatto

con l'altro. Da un excursus filosofico e scientifico sulle principali teorie, che rimandano alla multidimensionalità di questo senso, si esplora con una rassegna bibliografica il contatto nel contesto di cura e nello specifico sulle ricerche presenti in letteratura fino ad oggi. Nel capitolo verranno introdotti i termini, il lessico della cura e le relative epistemologie che "aprono" al costrutto di Caring infermieristico e alle possibili definizioni del gesto di cura.

Il secondo capitolo introduce alla storia e concettualizzazione della professione infermieristica oggi in Italia; partendo dai cambiamenti importanti degli ultimi tre decenni, i nuovi bisogni formativi e nuove figure assistenziali. Uno spazio viene dedicato alle organizzazioni sanitarie, descrivendo il contesto in cui l'infermiere vive e le possibilità di apprendimento che questi contesti offrono. Nel capitolo verrà introdotto il costrutto di 'comunità di pratica' come possibile risorsa nelle aziende per implementare progetti formativi e sostenere l'infermiere nella sua vita lavorativa. In Italia esistono realtà dove la comunità di pratica infermieristica è stata implementata, ne è un esempio il gruppo "Affettività delle Cure Infermieristiche" che coltiva la pratica del contatto e del massaggio (offerto ai pazienti) nel Policlinico Tor Vergata di Roma. Il gruppo (ed altri esempi in letteratura, di comunità di pratica) e la pratica del massaggio hanno una funzione protettiva per il professionista nei confronti dello stress lavoro correlato (*work-related stress*) mentre sta aumentando l'interesse, da parte delle aziende sanitarie, per offrire sostegno e prevenzione al dipendente che si ammala per prendersi cura degli altri. La professione infermieristica è in maniera ricorrente prona alla *compassion fatigue* (fatica dell'esser compassionevoli) e al *burn out* e, tra le strategie possibili per migliorarne il *coping*, esistono in letteratura degli approcci che mirano a far emergere le riflessioni sull'aspetto più umano della cura e un ritorno alle radici del nursing, in modo da restituire il senso della cura all'infermiere. Una possibilità di sostegno all'infermiere viene anche dalle pratiche dove il contatto viene esercitato non esclusivamente come task (come per eseguire un compito) ma come momento d'incontro e di relazione; la pratica del massaggio, e ancor più la preparazione per il massaggio, offrono un buon esempio di pratica infermieristica che cura sia il paziente che il professionista stesso attraverso un entrare in relazione differente, creando occasioni d'incontro con l'altro. Le pratiche di contatto per offrire comfort fisico e supporto anche emotivo sono presenti in letteratura ma sono ancora scarse le ricerche; le evidenze presenti al momento riguardano l'impatto del massaggio nel ridurre il burn-out e la compassion fatigue (Wilson, 2016) mentre ci sono evidenze su quanto l'essere a proprio agio nel contatto con il paziente (e con l'altro) sia un fattore preventivo del burn out (Pedrazza et al, 2015). Da qui emergono riflessioni sulle potenzialità di una formazione che abbia come obiettivo portare sensibilità nel contatto per la professione infermieristica.

Il terzo capitolo presenta progetto e metodologia di ricerca. Riprendendo le riflessioni emerse dalla rassegna bibliografica e della panoramica sul nursing, prendono corpo le domande e le ipotesi dello studio. Il disegno di ricerca, attraverso un mixed method mira a raccogliere, in una prima fase, gli atteggiamenti nei confronti del contatto e caring di due gruppi infermieristici (formati e non) in sei ospedali italiani, e nella seconda fase include la

conduzione di focus group per esplorare ulteriori aspetti emersi nella prima fase ed approfondire i ragionamenti sulle interpretazioni sul contatto da parte degli infermieri.

Nei capitoli quarto e quinto, dedicati alle analisi dei dati, vengono presentati e discussi i risultati del lavoro svolto sotto lenti quantitative e qualitative. La prima fase ha mostrato tra i risultati una tendenza degli infermieri, che hanno partecipato alla formazione, ad avere una maggior attenzione ai propri comportamenti di contatto interpersonale, nel contesto assistenziale, successivamente alla formazione. La seconda fase dello studio ha permesso di approfondire i risultati della prima fase dando anche senso a delle ambiguità emerse tra gli item, nello specifico sulla gestualità di cura più o meno consapevole. La ricchezza delle interpretazioni del contatto emerse nei sei focus group ha offerto possibili risposte ai quesiti iniziali della ricerca e identificato aspetti specifici valorizzati dagli infermieri riguardo al contatto, in particolare alla gestualità di conforto e supporto emotivo agita dall'infermiere.

In conclusione, l'intero studio restituisce una rappresentazione del contatto agito dall'infermiere, come 'gestualità di cura' che si caratterizza per essere di riconoscimento, di sostegno del mondo emotivo dell'altro e spunto per riflessioni sulla pratica. Una gestualità intesa non più come secondaria rispetto al tocco *task-orientated*, ma che occupa un suo posto nel repertorio delle competenze professionali infermieristiche e come strumento fondamentale, a disposizione del professionista, nelle relazioni di cura dove, l'entrare in contatto con il paziente, appartiene al set delle pratiche quotidiane.

Questo lavoro di tesi porta a ragionare sull'importanza di questo tema e sulle potenzialità di una maggior formazione al contatto interpersonale. In più, apre alla possibilità di andare a riconoscere e costruire competenza e saperi taciti finora poco esplorati ma che possono aiutare nell'impasse vocazione-professione, nel quale spesso si viene a trovare l'infermiere contemporaneo.

Le possibili future applicazioni della ricerca portano a ragionare su un maggior approfondimento per avviare una revisione dei curricula universitari di scienze infermieristiche, proponendo maggior spazio all'insegnamento di materie che riguardano e valorizzano l'approccio al paziente e la relazione di cura.

CAPITOLO PRIMO

“Ogni mio atto rivela che la mia
esistenza è corporea e che il corpo
è la modalità del mio apparire”.
Galimberti, *Il corpo* (2005), p. 205.

1.1 Il senso del tatto: un senso dalle molte dimensioni

Il contatto e il toccare conducono a una complessità di riflessioni che vanno dall'estetica all'etica, dall'antropologia alla sociologia, dall'economia alla psicologia, dalla fenomenologia fino alla teologia oltre che a dimensioni della spiritualità. In particolare, le riflessioni filosofiche sul senso del tatto hanno accompagnato e sono state fonte d'ispirazione di correnti scientifiche e scuole psicoanalitiche, che hanno a loro volta guidato scoperte e ricerche nei campi della psicologia sociale e cognitiva, delle neuroscienze e dell'antropologia culturale.

Descrivere il senso del tatto significa parlare e scrivere prima di tutto di corpo e corporeità poiché il tocco è in qualche modo 'costitutivo' dell'esperienza corporea in modi e maniere che gli altri sensi non possiedono. L'essere parte del mondo fisico comporta l'entrare in contatto fisico con le cose e gli oggetti, da qui nascono riflessioni su quanto il tatto è un senso fondamentale, il solo senso essenziale per avere un corpo, per essere in grado di interagire con ciò che ci circonda (Fulkerson, 2014). Nella storia della filosofia classica e contemporanea, il corpo ha ispirato movimenti e scuole di pensiero: da visioni di corpo vissuto come fardello o come involucro della nostra anima a considerazioni di un corpo-macchina fino a identificazioni del corpo con il mondo (Galimberti, 2005).

Nel diciassettesimo secolo René Descartes (1596-1650) introduce la visione dualistica dell'essere umano, distinguendo tra *res extensa* e *res cogitans*. Il filosofo francese nel distinguere radicalmente mente e corpo, riducendo quest'ultimo alla 'materialità della sua estensione', prende anche le distanze dalla tradizione aristotelica che vede l'unione simbiotica tra anima e corpo ovvero che intende la realtà formale del corpo come null'altro che l'anima stessa (Marzano, 2007). La visione Cartesiana del corpo andrà a permeare la cultura occidentale per secoli fino ad oggi, influenzando la medicina classica e il suo approccio al corpo come oggetto di studio. Visione dualistica che tornerà come stimolo nelle diverse riflessioni (e dopotutto anche oggetto) di questo lavoro di tesi.

Dalla fine dell'800 la scuola fenomenologica ha rivoluzionato la concezione filosofica del corpo, riformulando anche le concezioni sulla relazione tra mente e corpo. Nel tentativo di superare il dualismo cartesiano, Edmund Husserl (1859-1938) introduce il termine "proprio corpo vivente" contrapponendo al 'penso dunque sono' il "sento dunque sono" (Iori, 2010). Husserl sostiene che il tatto (e solo il tatto) è indispensabile per l'esperienza dell'avere un corpo; il corpo (Leib) è "costituito originariamente solo nell'essere toccato". Corpo vivente

(Leib) che si differenzia dal corpo fisico (Körper) ovvero il corpo oggettivato dalla scienza, descritto nelle tavole anatomiche e definito come puro organismo. Il corpo fisico (Körper) così come ce lo descrive la scienza è un corpo del quale non è possibile scorgere la biografia e l'intenzionalità.

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) asserisce nel suo lavoro 'la fenomenologia della percezione' (1945) che "la coscienza è l'inerire alla cosa attraverso il corpo". Merleau-Ponty analizza e scardina concetti che sezionano il corpo (oggetto) in organi separati e che 'smaterializzano' il pensiero, per riportarlo proprio nella carne. Un corpo che è la nostra via preferenziale per entrare in relazione col mondo (e diventare poi noi, mondo stesso) ed è attraverso il senso del tatto che posso sentire la "tessitura del mondo" (Mortari, 2003). David Katz (1884-1953) psicologo della percezione e autore di uno dei primi testi che parlano del senso del tatto, considera l'esperienza dell'auto-toccarsi e sottolinea che "la reciproca percezione di due parti del corpo che hanno gli stessi organi di senso è unica; non c'è niente al di fuori del senso del tatto... la parte del corpo che si muove sente la parte ferma come oggetto". Sempre Katz sottolinea che i poli soggettivo e oggettivo possono invertirsi durante l'auto-toccarsi; poiché si esplora il proprio corpo in maniera tattile, differenti parti del proprio corpo si alternano il ruolo di percepito e percettore.

Questa caratteristica 'duplicità funzionale' della percezione tattile incorpora, in un unico sistema sensorio, le funzioni finalizzate all'apprensione delle cose esterne e le funzioni enterocettive che danno luogo all'esperienza del corpo sentito "dal di dentro" (Fugali, 2012). Dal punto di vista della conoscenza, il poter essere toccato e toccante (*touchant e touché* come descrive Merleau-Ponty) restituisce al corpo la possibilità di essere contemporaneamente oggetto e apertura al mondo stesso, ovvero corpo vissuto e corpo vivente (Marassi, 2015). Merleau-Ponty, secondo questo punto di vista, proietta così il corpo in un mondo della relazione, dove corpo che sente e corpo sentito rappresentano due facce della stessa medaglia (Marzano, 2007).

David Le Breton (2003) esplorando il mondo dei sensi nella sua 'antropologia dei sensi', incontra il tatto e lo affronta ricordandone la primarietà. L'antropologo francese, citando i classici greci Epicuro (341 AC-270 AC) ed Aristotele (384 AC-322 AC), sottolinea quanto il senso del tatto sia stato visto in antichità come madre degli altri sensi. Il punto di vista secondo il quale, il tocco è essenziale per l'essere umano e l'animale è già stato oggetto del pensiero di Aristotele. Il filosofo greco afferma che si può vivere senza vedere, udire, gustare, sentire (nel senso dell'olfatto), ma non si sopravvivrà mai un solo istante senza essere a contatto, in contatto. In più, egli afferma più volte che una delle capacità del tatto è proprio quella di farci 'sentire' ciò che vediamo o udiamo (Mazzeo, 2013).

Jacques Derrida (1930-2004) dedica uno dei suoi ultimi saggi al senso del tatto: *Toucher, Jean-Luc Nancy* (2000). Derrida definisce Jean-Luc Nancy come il più grande filosofo del toccare e della interminabile storia dell'aptica¹. Nelle sue riflessioni si cerca di raggiungere

¹ Dal Greco *haptikos*, "in grado di venire in contatto con". Ad oggi la percezione aptica viene descritta come l'insieme del senso proprio del tatto e della proprioccezione. Nello specifico in ambito della psicologia cognitiva il termine 'aptico' è legato a uno stimolo tattile che s'impone sulla pelle (come nell'esplorazione di un oggetto/cosa con la mano) mentre 'tattile' quando lo stimolo arriva passivamente alla pelle.

un equilibrio dove “l’esteriorità impura del toccare viene a contaminare la purezza dell’intuizione” mentre “la dimensione tattile permette di accedere all’oggettività della conoscenza intellettuale senza togliere nulla alla soggettività”. Jean-Luc Nancy afferma, con un gioco di parole, che il toccare *fa corpo*, o meglio che il tatto è il *corpus* dei sensi.

Durante il ventesimo secolo si sono avvicinate correnti e scuole di psicoanalisi e psicoterapia dove il corpo, e da qui la pelle e il contatto, ha rappresentato modalità di accesso, comprensione ed espressione del mondo psichico. Il padre della psicoanalisi Sigmund Freud (1856-1939) ha sottolineato l’importanza del corpo, mostrando come dalle attività corporee derivino anche istanze psichiche. In ‘L’Io e l’Es’ (1923), Freud descrive come le pulsioni inconsce psichiche costituenti l’Es provengono da istinti biologici mentre le sensazioni cutanee partecipano alla formazione dell’Io. L’Io è per Freud prima d’ogni altra cosa un Io-corpo che comincia a svilupparsi dalle esperienze tattili per poi arrivare alla percezione più sofisticata del Sé.

Negli studi dei maggiori teorici sull’attaccamento e lo sviluppo dell’essere si ritrovano costantemente riferimenti all’importanza del contatto interpersonale.

Harry Harlow (1905-1981) massimo studioso dell’attaccamento afferma che il contatto è una variabile fondamentale per il legame tra il piccolo e chi se ne prende cura. Questo autore, attraverso la serie dei suoi studi sulle scimmie (Harlow, 1959), ha dimostrato l’importanza per la sopravvivenza del piccolo, del contatto con la madre fino ad arrivare a constatare (in periodi dove gli studi sull’allattamento al seno non erano ancora apparsi) che per l’infante la stimolazione tattile è più importante del nutrimento stesso. Secondo Harlow è proprio “dall’attaccamento intimo del bambino alla madre, che si formano risposte affettive multiple e generalizzate” (Montagu, 1971).

Tra i primi studi sul campo (osservazionali ed empirici) sull’importanza di un contatto, con modalità di cura amorevole nell’infanzia trovano spazio le esperienze dello psicanalista René Spitz (1887-1974). Il più famoso studio di Spitz (1945) riguardava la deprivazione di contatto materno nei primi anni di vita. Egli notò che i bambini di ‘case per trovatelli’ in Germania avevano una mortalità nel primo anno molto alta, nonostante i bambini avessero i bisogni di base soddisfatti e cioè erano puliti, ben nutriti e al caldo. I bambini figli delle donne che erano ospiti di un carcere, i quali erano comunque in contatto per diverse ore al giorno con le madri, crescevano e si sviluppavano meglio e a un anno si ammalavano molto di meno rispetto ai bambini nell’orfanotrofio. In questo studio di gran risonanza, la mancanza di contatto fisico e soprattutto di cure amorevoli viene considerato responsabile delle differenze notevoli tra i due gruppi di bambini.

Lo psicoanalista William Reich (1897-1957) sostiene che il contatto tra madre e bambino deve comunicare calore e piacere al neonato, mentre insiste sul concetto del ‘tenere’ (attraverso un contatto intimo e amorevole) come dimensione essenziale perché il bambino sviluppi il suo innato potenziale di crescita (1942/2000).

Donald Winnicott (1896-1971), pediatra e psicoanalista, si occupa del contatto corporeo introducendo il concetto dell’*holding* (contenimento). Secondo Winnicott (1971) è importante soprattutto che la madre tenga fisicamente il bambino garantendogli contatto, calore corporeo e cutaneo, possibilità di movimenti o tranquillità. In Winnicott si affacciano,

diventati poi di uso comune, i termini di *holding* e *handling* che rispettivamente, in sintesi, indicano la capacità di contenimento della mamma e la capacità sempre della mamma di maneggiare o manipolare il bambino; termini importanti che hanno il contatto come momento centrale.

John Bowlby (1907-1990) ha definito l'attaccamento come un insieme di sistemi comportamentali caratteristici dell'essere umano, dove il contatto o meglio l'equilibrio dinamico della distanza fisica tra madre e bambino sono fondamentali per la creazione di comportamenti, che daranno un'impronta fondamentale alle nostre predisposizioni alla relazione con l'altro (e da qui all'essere più o meno toccati). Insieme alla psicanalista Mary Ainsworth (1913-1999) ha contribuito a dimostrare come lo sviluppo naturale della personalità dipenda principalmente da un adeguato attaccamento (anche attraverso coccole, intimità corporea, carezze e contatto) alla madre o di chi era lì, in quel momento speciale. Secondo Bowlby (1969) il legame bambino-madre è soprattutto un bisogno primario la cui funzione è la crescita e la sopravvivenza biologica e psicologica dell'essere umano; un legame che non è collegato al solo soddisfacimento del bisogno di nutrirsi. Le scoperte di Bowlby influenzeranno tutta una generazione di studi sulla centralità del contatto umano e gli effetti della deprivazione sensoriale nella prima infanzia.

Eric Berne (1910-1970) padre dell'Analisi Transazionale, a questo proposito, sostiene che ciascuno abbia una vera e propria "fame di stimoli". La mancanza di stimoli sensoriali o di un riferimento tattile, potrebbero influenzare lo sviluppo affettivo e intellettuale, la sopravvivenza o addirittura condurre a morte l'individuo stesso. Il bisogno di stimoli è chiamato "carezza" inteso come riconoscimento fisico e verbale (frasi e parole che rinforzano, positive). La carezza (come per Bowlby) per un essere umano è vitale dalla nascita alla morte. Un contatto tattile e relazionale che ha come obiettivo di "restituire" il corpo alla persona trasmettendo il concetto che il corpo dell'altro può essere ancora da toccare, da contenere, da "leggere" (Steiner, 1999 pg.110).

In tempi più recenti Didier Anzieu (1923-1999) introduce il concetto di Io-pelle (1985) come rappresentazione di cui si serve l'Io del bambino, durante le prime fasi dello sviluppo, per cominciare, proprio a partire dall'esperienza della superficie cutanea come involucro dei contenuti psichici, a differenziare un Io psichico da un Io corporeo. Anzieu descrive l'Io-pelle come 'una struttura, virtuale alla nascita, che si attualizza nel corso della relazione tra il lattante e il suo ambiente primario' (pg.56). Anzieu illustra la sua teoria dell'Io-pelle studiando le funzioni stesse dell'epidermide e del contatto stabilendo un parallelo con le funzioni dell'Io, prendendo supporto dalle teorie sull'attaccamento e alle ricerche sul campo della psicologia dello sviluppo e della psicanalisi.

Si deve all'antropologo Ashley Montagu (1905-1999) uno studio sul linguaggio della pelle che ha influenzato tutta una generazione di ricerche fino ai nostri giorni. Montagu in *Touching: the human significance of the skin* (1971) incentra il suo studio su come l'esperienza tattile o la sua mancanza influisca sullo sviluppo del comportamento, della persona e di processi psicofisiologici fondamentali fino ad arrivare ad implicazioni culturali e sociali. Lo studioso dimostra, attraverso un'analisi di numerose ricerche, che esiste in ciascuno di noi una "memoria della pelle", incancellabile, che inizia fin dalla nostra vita intrauterina. Il

contatto, le carezze, il massaggio già nei primi momenti della vita hanno effetti misurabili sul benessere fisiologico, che vanno dall'aumento di peso dei neonati prematuri, al miglioramento del sistema immunitario e a uno sviluppo generale più armonioso.

Inoltre, un contatto soddisfacente nella prima infanzia tra madre e figlio rappresenta, dopo la nascita, una delle condizioni essenziali per la secrezione da parte dell'ipofisi della prolattina, ormone importante per l'avvio e il mantenimento della lattazione. Montagu definisce la memoria della pelle come un vero e proprio linguaggio: "Se è vero che questo linguaggio si struttura da bambini, sono però le esperienze di tutta la vita ad arricchirlo o impoverirlo. Il bisogno di carezze, se è vitale per il bambino, rimane indispensabile per tutta la vita (alcune persone anziane si lasciano morire se private bruscamente del contatto e del riconoscimento a cui sono abituate)" (pg.223). Pertanto, il contatto rappresenta probabilmente la sola forma di comunicazione presente e possibile, a nostra disposizione, nella cura all'infante e al morente. La psichiatra Kübler-Ross (1926-2004) nel suo fondamentale studio sulla morte e il morire, ha descritto ampiamente quanto, l'essere presenti con il tocco, di una mano gentile e ferma, sia il miglior modo per comunicare nel fine vita.

Nelle ultime tre decadi gli studi di psicologia sociale e cognitiva si sono interessati al contatto interpersonale e alla comunicazione negli adulti mettendo, e a volte letteralmente 'svelando', attraverso ricerche empiriche e ed esperimenti sociali, l'importanza di questo senso. Hertenstein et al (2005, 2006) esplorando la letteratura e ricerche sul contatto, hanno sottolineato quanto numerosi comportamenti, come il modulare la tendenza ad adempiere un compito, l'attitudine nei confronti di specifici servizi, creare legami tra coppie e gruppi o semplicemente rafforzare relazioni sentimentali, siano influenzati da un'esperienza di contatto. Va aggiunto che tale influenza avviene senza che l'esperienza di contatto interpersonale sia esplicitamente ricordata o no dagli individui coinvolti. Uno studio, tra i più classici e influenti su questo tema (Fischer et al., 1974) ha mostrato quanto, il tocco inconsapevole del personale di una biblioteca di una facoltà universitaria americana fosse un fattore determinante nella soddisfazione dello studente che aveva usufruito di quel servizio. Gallace&Spence (2010) raccolgono determinanti evidenze della potenzialità persuasiva del tatto, soprattutto quando inconsapevole, andando a illustrare ricerche sulla compliance dei clienti di servizi o attività commerciali (Hornig, 1991; 1992), sulla partecipazione scolastica degli studenti (Guegen, 2004) o il gradimento di una prestazione (Crusco and Wetze, 1984). L'aumentato livello di compliance, di generosità o di buona predisposizione verso l'altro implica che un tocco sociale e rudimentale potrebbe costituire anche una base per la fiducia e cooperazione, in possibili futuri scambi (Morrison et al., 2009). Secondo Hertenstein et al. (2006) il contatto oltre alla fiducia offre possibilità per comunicare emozioni e pensieri; per questo gruppo di studiosi, la comunicazione tattile, è intesa come 'un cambio sistematico nell'individuo delle sue percezioni, pensieri, sentimenti o comportamento in funzione del tocco di un altro e in relazione al contesto in cui questo avviene'. Hertenstein et al. (2006) hanno dimostrato, con l'ipotesi di un contatto mirato all'aspetto emotivo, come gli individui (di due nazionalità differenti) siano in grado di discriminare emozioni e sentimenti diversi sulla base di come venivano toccati. Nello

specifico, gruppi diversi venivano toccati sull'avambraccio, senza avere la possibilità di vedere, con modalità differente (brusca, carezzevole, lenta, veloce, sfiorata etc.) per poi raccogliere le loro descrizioni sulle emozioni, sentimenti che il tipo di contatto aveva loro suscitato .

Le ipotesi sul contatto e mondo emotivo sono state rivisitate da scienziati sociali e dalle neuroscienze, in periodi più recenti, sostenendo l'idea che la tipologia del tocco è influenzata dalle diverse possibilità neuronali o di trasmissione ed elaborazione nervosa della pelle stessa (Gallace&Spence, 2010). Le nuove tecniche di neuroimaging hanno reso possibili tali ricerche e i diversi approfondimenti sul contatto fisico e sulle fibre nervose deputate a differenti tipi di sensazioni tattili. In questa corrente di studi è stata tracciata l'esistenza e le correlazioni di fibre nervose specializzate e di percorsi neuronali specifici (che vanno dai diversi recettori cutanei ai centri nervosi superiori fino ad aree del cervello intermedie e corticali) per le diverse modalità di tatto e tocco. Infatti, un'ulteriore e consistente evidenza, che emerge oltretutto da numerose testimonianze biografiche, trasposte in letteratura e anche in cinematografia², porta in rilievo l'esperienza di pazienti in stato (di diversa tipologia) di coma e le loro memorie corporee. Infatti, sembra che il corpo e la pelle abbiano memoria di ciò che accade anche quando il livello di coscienza più elevato e cosiddetto "corticale" sembra aver cessato di funzionare, il corpo ricorda; a livello somatosensoriale, i traumi fisici e psicologici restano come una vera e propria impronta nel corpo (Odgen et al, 2006).

Morrison et al. (2010) osservano che il "tocco "sociale"³ può essere di diverso tipo e intensità (che va dallo sfioramento, la pacca sulla spalla e fino al tipo di contatto prolungato con pressione moderata) e che probabilmente ha un suo percorso neuronale specifico essendo essenzialmente legato alla piacevolezza dell'incontro. Esiste, infatti, un percorso diverso neuronale (tramite fibre nervose specifiche) per le informazioni che portano esperienze di tocco piacevole (Morrison et al., 2010) e gentile (Lindgren et al., 2012).

Le neuroscienze cognitive hanno trovato che nella qualità del contatto, oltre al piacere e all'aspetto edonistico dell'esperienza, una discriminante è proprio lo stimolo che viene dato all'area cerebrale dell'affettività, la quale viene contattata e conseguentemente va a elicitare risposte e atteggiamenti specifici; in altre parole il cervello è in grado di distinguere gli aspetti affettivi di un tocco da sensazioni tattili affettivamente neutre (McGlone et al., 2007; Olausson et al., 2008).

Le fibre nervose denominate C-tattili, quando stimolate da un contatto lento e a pressione moderata, vanno ad attivare la corteccia della zona cerebrale dell'insula, la corteccia orbito-frontale e la corteccia cingolata anteriore ma sembrano 'bypassare' la corteccia

² Numerosi sono gli scritti e i film esistenti sull'argomento. Possono essere citati ad esempio: Lo scafandro e la Farfalla (film del 2007 tratto dall'omonimo libro), Cosa sognano i pesci rossi (romanzo di Venturini del 2006), La scoperta del giardino della mente. Cosa ho imparato dal mio ictus cerebrale (romanzo saggio del 2009 della neuroscienziata Jill B. Taylor).

³ *Social Touch* è quel tocco che 'si occupa dei legami sociali, dell'attaccamento e dell'integrità emotiva nonché del contatto in tutte le situazioni sociali' (Montagu, 1971) da distinguere dal tocco o contatto riconducibile alle relazioni intime e sessuali (Morrison et al. 2012).

somatosensoriale primaria (Morrison, 2016; McGlone et al., 2007; Olausson et al., 2008). Queste fibre 'affettive', denominate così dai neuroscienziati, portano quindi informazioni direttamente in aree del cervello prossime al sistema limbico ed elaborano lo stimolo per un processo innato o comunque non interpretato o appreso in precedenza. A differenza degli stimoli mediati da altre fibre del tatto, afferenti e più veloci, che arrivano invece alla corteccia somatosensoriale per cui legate a processi analitici che dipendono da precedenti esperienze tattili (Lindgren et al., 2012; Croy et al., 2017). Da qui la possibilità che queste fibre offrono di veicolare informazioni legate più a sensazioni ed emozioni rispetto ad altre più legate al trasporto di sensazioni di 'stato' fisico (McGlone et al., 2014).

Tutto questo va ancor più a supportare quelle ricerche nel campo delle neuroscienze cognitive e sociali sostenitrici dell'assunto che la stimolazione tattile interpersonale è un efficace mezzo per influenzare il comportamento sociale e affettivo degli individui oltre che contribuire alla memoria corporea (Gallace and Spence, 2010).

Ulteriori studi e ricerche hanno portato in evidenza la multidimensionalità del senso del tatto, andando a dimostrare quanto esso sia collegato con gli altri sensi e quanto la costante interazione, e a sua volta integrazione, degli stimoli soprattutto visivi (ma anche uditivi) a livello centrale possano contribuire nelle nostre percezioni dalle più grossolane alle più sottili (Lindgren et al., 2012).

In ultimo, il senso del tatto (per riportare il focus sul corpo, che ha dato inizio a questo capitolo) è il senso che contribuisce maggiormente a costituire il nostro schema corporeo. Le modulazioni della percezione tattile hanno una intima e interattiva relazione con le superiori rappresentazioni cognitive del nostro corpo e si riflettono, appunto, nella costruzione della rappresentazione mentale corporea (Serino&Haggard, 2010). De Vignemont et al. (2005) attraverso studi sulle percezioni tattili distorte, dimostrano una intima connessione tra la percezione tattile esterna e il percepire il proprio corpo nel mondo, offrendo una visione dello schema corporeo nella sua plasticità.

Il senso del tatto, dalle riflessioni filosofiche agli studi psicoanalitici, di psicologia dello sviluppo e sociale fino ad arrivare alle neuroscienze e alle ultime ipotesi sul suo legame con l'affettività, si afferma come un senso multidimensionale. Un senso che possiede un doppio primato: filogenetico e ontogenetico. Filogenetico in quanto nella nostra evoluzione, in senso temporale, la comunicazione non verbale, incluso il tatto, precede il linguaggio verbale. Un primato ontogenetico nel senso che, all'inizio della nostra vita, la stimolazione tattile è più importante della comunicazione verbale (Hertstein et al., 2006).

In conclusione, la distinzione tra l'utilizzo dei termini tocco e contatto richiede una ulteriore riflessione di carattere semantico. In questo lavoro di tesi mi riferirò al tocco come all'atto del toccare, azione più propriamente vicina alla percezione sensoriale e a una azione che può essere vista come unidirezionale e legata a un fare (il mondo del corpo *Korper*)⁴. Il termine contatto andrà a indicare relazione, l'incontro tra chi tocca e chi viene toccato, ci introduce alla reciprocità del tocco (all'interazione sensibile fra due corpi *Leib*). Essere in contatto, entrare in contatto descrive già un'azione dove l'altro non è un soggetto passivo,

⁴ Husserl (1859-1938) parla di *Korper* e di *Leib* (vedi a pg 2 di questa tesi)

un semplice ricevente del nostro tocco o toccare. In questa accezione il tatto diventa il senso della prossimità e della reciprocità e solo in questo senso si può dire che non si può toccare senza essere toccati. Viceversa, posso toccare e non entrare mai in contatto.

Nello svolgersi del lavoro verranno di nuovo affrontati e approfonditi questi termini per comprenderne ancor più le giuste collocazioni ovvero lo spazio che occupano nel quadro di riferimento.

1.2 Il contatto nei contesti di cura

Il tema del contatto e la sua rilevanza come risorsa relazionale e comunicativa all'interno del contesto di cura, sembrano aver occupato poco spazio tra i campi di ricerca della medicina classica (Hertestein et al., 2006). Mentre sembra esserci un maggior interesse alla tematica, nelle ricerche degli 'addetti' alla cura diretta del paziente e nello specifico della professione infermieristica. Montagu (1971) afferma in *Touching: the human significance of the skin* che '...un ramo della comunità della salute che ha riconosciuto l'importanza del tatto è la professione infermieristica. Nelle testate infermieristiche sono già apparsi molti articoli sugli effetti del contatto. Essere così vicini al paziente rispetto al medico ha messo l'infermiere nella posizione preferenziale per apprezzare l'importanza del contatto nella cura al paziente e che il curare comincia proprio con il prendersi cura' (pg. 282).

In questa tesi è stata eseguita una rassegna bibliografica esplorativa, allo scopo di confrontare l'evoluzione della letteratura scientifica prodotta sul tema nei diversi anni fino ad oggi⁵. I risultati hanno confermato quanto la letteratura e ricerca scientifica infermieristica sia sempre stata più interessata al contatto e alla comunicazione, mentre nella ricerca scientifica medica tout court sono presenti molti meno studi dedicati esclusivamente a questi aspetti. Basti pensare che la quantità di articoli e pubblicazioni accademiche (dopo averli ridimensionati per argomenti, rilevanza e tipologia di giornale) dove compaiono i termini di ricerca scelti (vedi nota a piè di pagina), sono stati rispettivamente 36.360 per il nursing mentre 2.022 per il campo medico.

Assieme alla evidente disparità numerica emergono altre caratteristiche legate al genere di pubblicazione e allo specifico campo professionale. Infatti, cambiando l'ordine dei termini di ricerca ed utilizzando *nurse* e poi *doctor* come parole presenti nel titolo della rivista o articolo o libro si arriva a una proporzione di 1200 per le testate infermieristiche mentre per le riviste mediche le pubblicazioni scendono a 70.

⁵ La rassegna di studi sullo stato dell'arte riguardo questo tema, avendo come obiettivo anche quello di verificare la quantità di scritti e pubblicazioni presenti, è stata eseguita pertanto senza definirne i termini temporali di pubblicazione e senza considerare le possibili selezioni o filtri che il sistema di ricerca offre, come ad esempio la tipologia di studio e metodologia. Attraverso i motori di ricerca e banche dati più utilizzati per la letteratura medica, infermieristica e psicologica (MEDLINE, CINAHL, PsycInfo e le banche dati a disposizione di Sapienza Discovery) sono stati selezionati una combinazione di termini inglesi quali: *nurse* or *nurses* or *nursing staff* or *nursing*; *touch* or *touching*; *tactile contact*; *non verbal communication*. Si è poi proceduto ad effettuare una seconda ricerca andando a sostituire i termini *nurse* or *nurses* or *nursing staff* or *nursing* con *doctor* or *physician* or *medical practitioner*.

Entrando ancor più nello specifico, osservando le categorie e confrontando i risultati della ricerca è stato possibile fare le seguenti osservazioni:

1) le aree dove sono stati fatti studi pubblicati sul contatto in infermieristica sono maggiormente la terapia intensiva, pediatria, geriatria, hospice care e palliative care (McCain&McKenna, 1993; Routsalo et al.,1998; Grousset, 2009; Gleeson, 2004);

2) viene fatto riferimento al contatto con il paziente nella letteratura medica dei medici di famiglia come topic d'interesse per la medicina di famiglia o in alcuni manuali per studenti di medicina famiglia (Cocksedge et al., 2013);

3) ampio interesse sul contatto interpersonale nelle riviste di psicologica, psicoanalisi o psichiatria (Salzmann-Erikson et al., 2005);

4) sono scarsamente presenti altre figure professionali sanitarie come i terapeuti della riabilitazione, ostetriche, terapeuti occupazionali (Herstein, et al., 2006).

Il quadro che questa panoramica vuole illustrare è anche quello dell'evoluzione della prospettiva cui ci si è rivolti alla tematica del contatto. Documentando la diversità nelle metodologie ed approcci utilizzati nella ricerca empirica o l'evoluzione anche semantica delle definizioni e termini che riguardano il contatto nel contesto di cura.

Le prime ricerche dagli anni '60 fino agli anni '80 sono interessate ad aspetti quantitativi del fenomeno del contatto nei contesti di cura e a caratteristiche descrittive nell'uso del contatto. Routsalo et al. (1998) afferma che la ricerca sul contatto, nelle scienze infermieristiche, ha avuto un momento iniziale (dagli anni '60) dove era importante un approccio quantitativo, poiché si interessava più alle forme, a quante volte e dove avveniva il contatto. Infatti, le ricerche e teorie infermieristiche che hanno avuto come focus il contatto si sono concentrate primariamente nel categorizzare tutti i tipi di tocco o contatto che l'infermiere agisce nel contesto, come nel portare a termine un compito o nel dare comfort al paziente (Weiss, 1979). Oltre all'aspetto quantitativo emerge la necessità di fornire definizioni per il contatto; anche queste saranno numerose secondo le diverse interpretazioni e punti di vista metodologici o di contesto (reparto, cultura e ruoli). Watson (1975) offre uno dei primi studi osservazionali sul contatto nel contesto di cura, in particolare nel nursing geriatrico. Watson definisce il toccare come un 'atto intenzionale di contatto fisico' ed introduce la distinzione tra tocco strumentale e espressivo. Il tocco strumentale avviene in maniera deliberata ed è agito per un compito o performance su o con il paziente. Il tocco definito da Watson come espressivo si riferisce al tocco spontaneo ed affettivo che non è parte del 'rapporto istituzionale' tra infermieri e paziente. L'osservazione effettuata in 12 mesi andava a rivelare il tipo di contatto che gli infermieri e assistenti avevano con gli ospiti di un ospedale geriatrico negli Stati Uniti. Nello studio sono state misurate le occasioni di contatto nella routine giornaliera del personale curante, le diverse parti del corpo che venivano toccate e in quali occasioni.

DeWever (1977) si occupa di uno studio quantitativo proponendo una scala di misurazione sul contatto a 28 item e in particolare su quanto sono a loro agio o disagio nell'essere contattati dei pazienti di un ospedale geriatrico. In questo studio vengono categorizzate diverse forme di contatto definito affettivo (sette categorie) e possibilità di

contatto (ad es. toccare il braccio, il viso, mettere un braccio sulle spalle) per poi proporle al campione di pazienti, mostrando loro delle foto di infermieri e chiedendo di descrivere, appunto, le sensazioni di agio/disagio. Dallo studio emerge la definizione di tocco affettivo dell'infermiere, come quel contatto fisico che avviene al di fuori della routine procedurale. Nei risultati dello studio, su un campione di cento pazienti (la maggior parte donne) non sono stati riscontrate grosse discordanze negli atteggiamenti così descritti di contatto affettivamente connotato (come ad esempio poggiare la mano sulla mano). Lo studio rilevava lievi differenze, che verranno riprese da studi in tempi più recenti, nel contatto tra infermiere uomo e donna o uomo e uomo. Interessante notare che il gesto del braccio attorno alle spalle è percepito con discomfort (cioè crea disagio) da parte della maggioranza dei partecipanti allo studio, mentre il contatto affettivo viene accolto completamente e, nello specifico, il contatto di tipo affettivo più frequente è il poggiare la mano sul braccio (quest'ultimo si ritrova anche nello studio di Watson).

Dagli anni '70 Sandra J. Weiss (1979, 1992, 2006) professoressa di nursing dell'Università della California ha dedicato una speciale attenzione allo studio del contatto, con ricerche di carattere quantitativo. Weiss (1992) dirige i suoi studi nella costruzione di strumenti per misurare l'interazione tattile quali il Tactile Interaction Index (TII). Il TII ha permesso di andare a misurare, attraverso un sistema di codifica, i diversi tipi di contatto (ad es. quale parte del corpo, per quale azione, intensità e durata) che avvenivano nell'interazione tra individui. Nel particolare ha dimostrato che le persone che sono state toccate molto e con piacere durante l'infanzia hanno un TII più vario ed esteso oltre che ricorrere all'utilizzo di un touch più affettivo e meno orientato al compito. Nelle ricerche di Weiss (2006) sui primi momenti della vita è stata dimostrata l'influenza del contatto e quanto le diverse modalità e stili di contatto utilizzati dai caregiver possono influenzare lo sviluppo neuropsicologico dei neonati e prematuri.

Dagli anni '80 aumenteranno, tra le ricerche interessate al contatto, quelle con uno sguardo qualitativo alla tematica. Jones and Yarbrough (1985) nello studio con un approccio di analisi del contenuto, esaminano il significato contestualizzato di tocchi riportati dalle persone nelle loro interazioni quotidiane. In questo studio si vanno a determinare 18 diversi tipi di contatto (definiti non ambigui, ambigui e ibridi) se ne esistono delle sequenze, dei pattern di comportamento e se le sequenze sono ripetitive o strategiche. Lo studio porta a tre considerazioni finali: il contatto interpersonale non è solo intrinsecamente ma anche simbolicamente significante (nel senso che si può descrivere verbalmente il tipo di contatto ricevuto), il contatto prevede una serie di codici di significato e in ultimo i fattori contestuali sono critici per il significato del tocco (nel senso di comportamenti verbali e non, relazionali e situazionali, che accompagnano il tatto).

Tra gli studi che hanno avuto una grossa influenza, spicca quello di Estabrooks et al. (1989) i quali studiano il contatto e le modalità di cura nei contesti di terapia intensiva. Gli studiosi costruiscono una tassonomia delle modalità di contatto degli infermieri di terapia intensiva. Estabrooks et al. (1989) nel confrontarsi con i precedenti studi, le terminologie e le situazioni di cura in cui tutti i tipi di contatto vengono ad esistere, hanno proposto uno schema dove principalmente vengono riassunti tre tipi di contatto: caring touch, task touch

e protective touch. I primi due sono stati già distinti in letteratura, in quanto la distinzione tra un tocco operativo (task orientated) e un tocco di cura (caring) ha cominciato a delinearsi nelle prime riflessioni dei ricercatori negli anni '60. Mentre il protective touch è stato delineato come contatto di protezione, descritto dall'infermiere come quel contatto o tocco che distanzia e protegge da un eccesso di carico emotivo o coinvolgimento o che viene messo in gioco quando non c'è l'energia per entrare in relazione; ovvero un contatto che si caratterizza per essere in genere freddo, meccanico e meno interessato alla persona (ad esempio mobilitare il paziente con gesti veloci, tocchi con mano non piena e una inconsueta distanza corporea). Alcuni infermieri parlano di tocco protettivo necessario in terapia intensiva riferendosi alle modalità di entrare in contatto a volte brusche e senza emozione per contenere il paziente ed evitare che si faccia male. Estabrooks et al. (1989) nell'esplorare tutti i tipi di *touching pattern* giungono a proporre uno schema concettuale nel quale l'infermiere possiede un proprio *touching style* secondo variabili personali (caratteriali, psicologiche ed emotive) che si modificano secondo variabili legate all'esperienza lavorativa (il setting, l'ambiente e le relazioni) e allo stato del paziente. Estabrooks et al. analizzano tutti i tipi di contatto possibili nel setting di terapia intensiva insieme agli infermieri e insieme alle tre categorie ne definiscono le caratteristiche del contatto su un continuum che va dal tocco amorevole (del caring touch) fino a quello freddo e respingente (del protective touch).

Uno studio antropologico sullo spazio e il contatto (Edwards, 1998) ha osservato le interazioni tra infermiere e paziente in diverse pratiche ed ha sottolineato che i concetti di spazio fisico sono percepiti come uguali per tutti e due. Edwards (1998) ha evidenziato che, nel reparto di degenza si costruisce una 'nuova realtà' nella quale considerare delle alterate aspettative riguardo ciò che è accettabile e non come comportamento di contatto (ad es. è stato evidenziato che l'infermiere è molto più a suo agio quando il contatto è iniziato da egli stesso invece di essere toccato dal paziente).

McCann&McKenna (1993) in uno studio qualitativo, hanno utilizzato il modello esteso di comunicazione interpersonale, come cornice di riferimento per studiare il fenomeno del contatto in ambiente geriatrico. Le studiose utilizzano le due tipologie e distinzioni per il contatto già introdotte da Watson (1975) definendolo strumentale e/o espressivo. McCann&McKenna osservarono che la maggior parte delle interazioni tra infermiere e paziente avevano un tocco di natura strumentale, mentre il tocco espressivo veniva riservato specialmente alle estremità del corpo. In questo studio, la professione infermieristica viene chiamata a fare attenzione alle modalità di entrare in contatto con i pazienti. Infatti, esistono delle differenze notevoli nei termini di agio o disagio, tra un tocco strumentale del braccio o spalla e un tocco espressivo del viso o gamba.

Nelle ricerche continueranno a aumentare i termini e definizioni sul contatto. Routasalo (1999) nella sua revisione bibliografica sugli studi sul contatto, ha trovato 27 categorie di definizioni di contatto proposte dai ricercatori o gruppi di ricerca infermieristica.

La stessa Routasalo (1996) in uno studio in geriatria sull'occorrenza del contatto introduce il termine di 'contatto non necessario'. Nello studio viene definito il *non-necessary touch* come tutti quei contatti fisici tra infermiere e paziente non legati direttamente a una procedura o

azione ma riconducibile a stati emotivi spontanei. In questa ricerca si vanno a vedere le situazioni nelle quali si utilizza il tocco non necessario anche da parte del paziente, quali parti del corpo entrano in contatto e se c'è o no l'utilizzo della parola per accompagnare il gesto o il contatto. Questo studio (con un mixed method) mostra quanto il contatto non necessario sia quasi totalmente eseguito dall'infermiere, che arriva dove non arrivano le parole (contatto spontaneo e emotivo). Questo tipo di contatto cambia da infermiere a infermiere (alcuni non ricorrono a contatto non necessario) e che vanno sempre contestualizzati oltre che ridimensionati per il genere e cultura (ad esempio la carezza da uomo a uomo). In questo studio il contatto non necessario aumenta con lo stato di gravità della malattia del paziente.

Routsalo&Isola (1998) approfondiscono l'argomento del contatto in ambito geriatrico attraverso delle analisi di riprese video di coppie infermiere-paziente durante le cure standard. Lo studio evidenzia le differenze di stili e di modalità di contatto in ogni infermiere. Ad esempio, è stato notato che alcuni infermieri toccano più di quanto fosse strumentalmente necessario per ciò che stavano facendo con il paziente mentre altri invece riducevano al minimo contatto con il paziente. Il tipo di contatto osservato è stato un contatto che va dal tocco del palmo fino al contatto con il braccio e in alcuni momenti con tutto il corpo.

Il contatto come parametro di misura della presenza dell'infermiere nella relazione di cura è l'oggetto dello studio di Fredriksson, L. (1999). Secondo Fredriksson, da un punto di vista ontologico, il contatto, la presenza e l'ascolto sono fenomeni che mettono in connessione gli individui. Una mutuale connessione che consente diversi gradi di intersoggettività. Nella sua sintesi sul contatto analizza 11 studi qualitativi e sintetizza 108 estratti dagli studi costruendo una struttura dove il tocco nella relazione di cura viene definito come 'contatto' e/o 'contatto senza tocco'. Il contatto semplice include il contatto *skin-to-skin* mentre il contatto senza tocco implica tutto una serie di gestualità e azioni comunicative come il contatto visivo, la mimica facciale e 'l'encircling'⁶. In Fredriksson il contatto viene suddiviso secondo il modello proposto da Estabrooks (1992) ovvero: un contatto orientato al compito, un contatto come forma di comunicazione non verbale dei sentimenti e sensazioni (di caring e di connessione) e un contatto come strategia per proteggere l'infermiere da un sovraccarico o sofferenza emotive (protective). Nelle riflessioni di Fredriksson si stabilisce come la relazione di caring sia caratterizzata da una intersoggettività ad 'alta intensità' contrapposta al semplice contatto come relazione ad intensità ridotta e con minori caratteristiche di intersoggettività. Il contatto secondo Fredriksson è radicato in un atteggiamento di attenzione dell'infermiere e nel fatto che la relazione tra infermiere e paziente poggia su ruoli che consentono diversi tipi di intersoggettività.

⁶ *Encircling* ovvero circondare, cingere o accerchiare (English Oxford Dictionary, 1999). L'encircling viene descritto come una componente del linguaggio non verbale che si presenta nella prossemica del contesto infermiere paziente (come poggiare il braccio sulle spalle del paziente per accompagnare o sottolineare qualcosa).

Chang (2001), in uno studio mirato a costruire una struttura concettuale del contatto determina cinque tipologie di contatti definiti come tocco 'in situazioni di caring', arrivando infine a mostrare il contatto, nel contesto di cura, essenzialmente come intenzionale o non intenzionale. Infatti, lo studioso, osservando quanto sia complesso studiare un fenomeno dove gli elementi di soggettività sono forti, costruisce un modello concettuale sul contatto fisico nel caring sia pensandolo come fenomeno che come a diverse possibilità o modalità di cura. Nel modello di Chang il contatto avviene secondo cinque modalità diverse dove ciascuna appartiene a sua volta a una dimensione umana: fisica, emotiva, sociale e spirituale. Alcune delle cinque modalità possono attraversare diverse dimensioni e sovrapporsi dando un quadro finale del contatto nel caring come fenomeno umano che può integrarne le diverse tipologie (ad esempio nella modalità del tocco task orientated ci può essere non solo la dimensione fisica ma anche quella emotiva). Chang (2001) afferma che nello studio 'il concetto di contatto fisico emerge come un fenomeno complesso con significati dalle diverse dimensioni e strutture'; inoltre arriva a sottolineare che ogni tocco o contatto è espressione di un interesse interpersonale, dove la presenza o assenza è facilmente percepita dal paziente a dispetto del compito che si sta svolgendo.

Studi sul contatto si sono diffusi nel contesto geriatrico, tesi a dimostrare gli effetti di questo sulla persona anziana considerata spesso deprivata sia emotivamente che sensorialmente (Gleeson et al., 2004; Grousset, 2009). A tal proposito, Montagu (1971) parla spesso della deprivazione di contatto della pelle dell'anziano, in quanto non è più toccato o addirittura toccabile. Gli studi di Gleeson et al. (2004, 2005) sono rivolti ad un gruppo particolare di pazienti con demenza, e sono tesi a mostrare quanto l'uso di un tocco espressivo (Estabrooks et al., 1992; McCann&McKenna, 1993) possa migliorarne il benessere emotivo. Il paziente anziano con demenza è un paziente che spesso perde l'abilità di comunicare efficacemente pertanto, il contatto, rimarrà una costante vitale per questi pazienti. *L'expressive touch*, illustrato da Gleeson et al., potrebbe essere usato per infondere emozioni e caring, stabilire un contatto con il paziente, rassicurare e dare comfort nelle situazioni di stress.

Grousset (2009) nel misurare le occasioni di contatto tra infermiere e paziente, nello specifico delle cure geriatriche, osserva che circa l'85% degli atti infermieristici includono il tocco o l'entrare in contatto con il paziente. Un tocco o contatto che avvengono anche inconsapevolmente e/o non intenzionalmente. Secondo Grousset (2009) gli infermieri sono in una posizione unica per l'opportunità di offrire un contatto che dia comfort accettabile per i pazienti e che abbia potenzialmente dei benefici.

Gli infermieri possono anche utilizzare dei comportamenti di evitamento o di distanza proprio come tattiche quando il loro lavoro diventa troppo stressante, o hanno timore di non tenere sotto controllo di una situazione stressante o quando confrontati con problemi (Connor&Hewett, 2009). In questi momenti l'infermiere tende a mettere in gioco solo un contatto orientato al compito ovvero strumentale. Connor&Hewett (2009) descrivono questo comportamento come un meccanismo di difesa dell'infermiere, che può fare da contrasto a un modello di reazione invece più legato alle emozioni provate nel prendersi cura. Quest'altro modello corrisponde a una modalità di reazione che utilizza interventi

affettivi come il tocco confortevole, prestare attenzione agli altri aspetto della qualità della vita, aumentare le capacità di sostegno del paziente, aiutarlo a sentirsi riconosciuto in tutti i suoi aspetti. Un sentirsi riconosciuto e quindi quel sentirsi di nuovo 'persona' che Gleeson et al. (2004) descrivono parlando dell'anziano con demenza.

Esistono pochi studi sulle possibilità di contatto nel nursing di contesti di ricovero breve o ambulatoriale, come non sono altrettanto frequenti gli studi sul significato dell'esperienza del contatto e le percezioni del paziente (Leonard et al., 2015). Bundgaard et al. (2011) rivolgono uno sguardo qualitativo a ciò che avviene nell'area della gastroenterologia interventistica, nello specifico alla gestualità che l'infermiere adotta. Gli studiosi analizzano il significato del gesto del tenere la mano, durante le manovre interventistiche, da parte dell'infermiere. In questo setting, il contatto fisico è stato utilizzato non solo per motivi strumentali ma anche per aspetti relazionali, in linea con i mandati di caring dell'assistenza e con le obbligazioni etiche e morali dell'infermiere nei confronti del paziente. Nello studio, il tenere la mano è stato identificato come una possibilità d'integrare professionalmente un 'essere' nel 'fare' in modo da aumentare l'autostima, prontezza nell'aiuto, mantenere un equilibrio tra comfort e contenere fisicamente con una mano tecnicamente esperta (Bundgaard et al., 2011).

Leonard et al. (2015) propongono uno studio qualitativo di piccole dimensioni sulla percezione del contatto da parte di pazienti in un ambulatorio per la chemioterapia. Gli autori notano dalle interviste e dalle narrazioni dei pazienti che, in questo setting, non c'è separazione (a differenza della letteratura precedente) tra un contatto procedurale e un tocco, legato al caring infermieristico, dalle caratteristiche più affettive, ciò che cambia nel contatto sono le relazioni che si stabiliscono tra infermiere e paziente che danno più o meno valore al tipo di contatto. Leonard et al. (2015) osservano, come per Chang (2001), che ciò che permette di attraversare i limiti del tocco orientato al compito per andare verso un contatto di cura è in realtà la relazione. A supporto di questo assunto, gli autori citano classici delle teorie del nursing come Edith Stein, Sally Gadow e Patricia Benner, per offrire un punto di vista sul contatto nella relazione di cura quale momento di comunicazione e interazione, tra infermiere e paziente, che permette di trasformare, anche solo per un momento, il senso della sofferenza in qualcos'altro. Essi, citando Sally Gadow (1984) riportano la sua definizione di tocco 'empatico' come di un contatto agito nel contesto "dell'intersoggettività, un tocco che afferma nel paziente la dignità e senso di valore che distingue moralmente le persone dagli oggetti". Un punto di vista che va a rinforzare le posizioni che vedono il nursing come disciplina che riconosce e abbraccia i vantaggi del mantenere il focus sul paziente come persona, durante i compiti che richiedono il contatto.

Kelly et al. (2018) effettuano una review meta-etnografica della letteratura, con ricerca dei temi sul contatto nelle professioni sanitarie. Nella review offrono una visione del contatto nei contesti di cura come fenomeno dalle molte sfaccettature e sottolineano quanto lo spazio del contatto sia uno spazio dove è possibile comunicare 'oltre le parole'. Attraverso il contatto è possibile comunicare: caring, spazio e potere/status. Kelly et al. (2018) utilizzeranno la metafora del walzer per descrivere il fenomeno del contatto sotto una lente

fenomenologica, portando alla luce assiomi fondamentali del contatto quali: la reciprocità e l'essere connessi.

Mentre la maggior parte delle ricerche esistenti sono rivolte all'esperienza del contatto dal punto di vista del paziente o sui suoi benefici, esistono in realtà pochi studi recenti sul contatto che si interessano esclusivamente all'esperienza vissuta dall'infermiere. Pedrazza et al. (2015, 2015 e 2017) effettueranno uno studio con tale obiettivo, costruendo un modello di *agio e disagio al contatto* dove l'esperienza del contatto è sintetizzata in tre modalità: orientato al compito, per offrire comfort al paziente e come contenimento emotivo. Questo studio quantitativo, eseguito negli ospedali italiani del nord-est, porta a conclusioni su quanto il contatto vissuto/percepito dall'infermiere varia a seconda dall'atteggiamento e storia personale. Nello specifico, sono risultati più a loro agio nel contatto orientato al compito gli infermieri che hanno modelli di attaccamento evitanti o insicuri, mentre il contatto come contenimento emotivo è vissuto con tranquillità da chi ha un attaccamento sicuro. Il contatto per dare comfort al paziente, sebbene faccia parte delle competenze infermieristiche di base, non trova una collocazione adeguata e viene sempre dopo il contatto orientato al compito. Inoltre, lo studio mostra una relazione positiva tra l'essere a proprio agio nel contatto e un ridotto livello di burn-out.

In questa rassegna affiora un'unica ricerca sulla professione medica e il contatto, che ha come focus in particolare la figura del medico di famiglia (Cocksedge et al., 2013). Una ricerca inglese, di tipo qualitativo, sulla relazione medico-paziente e l'utilizzo del contatto (consapevole e non) nella consultazione e visita. Nello studio, i pazienti che venivano toccati esprimevano con enfasi di aver avuto una sensazione di essere 'veramente compresi'. Secondo Cocksedge et al., questo contributo tattile del medico nella comunicazione migliora la sua 'genuinità', descritta dagli autori come caratteristica di congruenza nella comunicazione e fondamentale nell'ascolto.

La presente rassegna ha voluto offrire diversi punti di vista su un fenomeno multidimensionale, che comprende, come abbiamo visto numerose definizioni che sono state date e diverse variabili prese in considerazione nella relazione infermiere-paziente. Sono emersi alcuni fattori ricorrenti che sono stati ritenuti influenzare le percezioni individuali e generali, delle regole che esistono riguardo il contatto, quali: tipo di patologia e setting, età, genere, cultura d'appartenenza e status sociale. Montagu (1971) afferma che genere, contesto culturale e etnia anche se possono influenzare, non sono totalmente determinanti nelle nostre preferenze al contatto. Egli affermò che sebbene la cultura definisca le esperienze e consuetudini nella socializzazione, alcune famiglie potrebbero non seguire il copione o schema e socializzare i propri figli in un "regno percettivo diverso dalla cultura dominante" (pg.265). Nonostante ciò, ulteriori riflessioni sul ruolo infermieristico e in particolare sul genere sono emerse fin dai primi studi. Diversi studi che hanno esplorato tale dimensione, hanno descritto scenari dove il genere e il contatto intimo, sia dal punto di vista del paziente che dall'infermiere rappresentano punti critici e a volte fondamentali (Whiteside, J. & Butcher, D. 2015). Tutto ciò in contrasto con gli assunti di base dei classici

delle teorie dell'attaccamento (Bolbwy), secondo i quali gli adulti in un momento di malattia dovrebbero avere maggior bisogno di un contatto affettivo e *confermante*; proprio per un aumentato bisogno di sicurezza, riposo e comfort.

Nel tentativo di offrire una sintesi delle definizioni incontrate nella rassegna, si rileva, dunque, che il contatto nel contesto di cura, oltre ad essere un elemento fondamentale per la comunicazione, può avere le seguenti caratteristiche:

- intenzionale e non intenzionale, consapevole e non consapevole;
- procedurale, strumentale, orientato al compito;
- empatico, affettivo, espressivo, per contenimento emotivo, compassionevole, non necessario;
- protettivo;
- per garantire comfort fisico.

In questo panorama non sono stati presi in considerazione gli studi che descrivono tutte quelle occasioni, scuole di pensiero e modalità di contatto che hanno finalità espressamente terapeutiche. Infatti, un grande capitolo della ricerca nel nursing del contatto è occupato da studi sulle terapie e cure complementari nei luoghi di cura. Nelle cure complementari il contatto è molto presente, basti pensare che la cura infermieristica più rappresentata in letteratura è proprio il massaggio, in tutte le sue forme (Field, 2016). Oltretutto, sono presenti in letteratura esperienze recenti che dimostrano quanto la pratica del massaggio e soprattutto la possibilità d'integrarla nella pratica clinica quotidiana, oltre ai noti benefici per il paziente, contribuisce a ridurre il burn-out e la fatica dell'esser compassionevole, *compassion fatigue*, nell'infermiere (Wilson et al. 2016, Pedrazza et al. 2017).

Una riflessione conclusiva su questa rassegna, riguarda l'assenza di studi o ricerche indirizzati alle possibilità di un'educazione o formazione specifica al contatto per il professionista della cura. Infatti, mentre esistono esperienze legate all'educazione al contatto attraverso le cure complementari o il massaggio (Field, 2016) non sembrano essere presenti modelli sia concettuali che operativi di nursing dove la pratica di un contatto consapevole, o ragionamenti su come entrare in contatto con l'altro, vengono coltivati.

In ultimo, interessante notare che nel panorama italiano, soltanto nell'ultima decade affiorano alcuni studi e ricerche scientifiche infermieristiche sul contatto.

1.3 Dal curare all'aver cura: il caring infermieristico

“Caring is not optional, it is something that is
natural and obligatory
(for which loving is another word)
is to be involved, intimate”

Ashley Montagu

‘Touching: the human significance of the skin’ (1971) p. 282.

Lo studio e l'osservazione di tutto ciò che accade in quello spazio relazionale privilegiato, spesso non verbale, nel quale ha luogo il prendersi cura dell'altro, è stato ed è tuttora frutto di riflessioni da parte di diversi ricercatori e filosofi.

La parola 'cura' è essa stessa un termine dalle caratteristiche polisemantiche, pertanto con differenti significati e possibilità d'interpretazione. Cura, dall'etimologia latina⁷, comprende i seguenti significati: pensiero per qualcuno, interesse, sollecitudine, inquietudine, impegno per qualcuno o qualcosa, affanno, allevare e coltivare. Nell'italiano è possibile una sovrapposizione di significati quando si entra nell'ambito medico, dove cura e curare conducono a pensieri che mettono assieme azioni terapeutiche vere e proprie a momenti di attenzione a chi sta vivendo momenti di fragilità. In nostro aiuto arriva una distinzione importante nell'inglese che esiste tra i due verbi *to cure* e *to care*. Il *to cure* o *curing* riguarda l'attività del curare le malattie del corpo, un atto soprattutto medico e legato alle pratiche terapeutiche. Il *to care* o *caring* rappresenta un curare che si occupa dell'altro, che non è solo una "riparazione" di qualcosa che non funziona, ma è cura dell'essere nella sua complessità (Mortari, 2013). Il Caring e nello specifico il caring infermieristico sarà oggetto di studio, oltre che diventare una vera e propria corrente scientifica, anche di ricerca empirica, all'interno delle discipline del nursing ovvero delle scienze infermieristiche.

1.3.1 La cura: concetti e storia

Il principio di cura è stato preso in considerazione dal filosofo Martin Heidegger (1886-1976) nella sua opera 'Essere e Tempo', che lo ha definito come fenomeno ontologico-esistenziale fondamentale. Il filosofo, prendendo spunto da una favola antica sulla storia di Cura, che dando forma alla creta, dà vita all'essere umano, espone il concetto per cui la cura è fondamentale per la vita stessa di ogni individuo.

'Mentre Cura stava attraversando un fiume, scorse del fango cretoso; pensierosa, ne raccolse un po' e incominciò a dargli forma. Mentre era intenta a stabilire cosa avesse fatto, intervenne Giove. Cura pregò Giove di infondere lo spirito a quello che aveva formato. Giove acconsentì volentieri, ma quando Cura pretese di imporre il suo nome a ciò che aveva formato, Giove glielo impedì e pretese che fosse imposto il proprio nome. Mentre Cura e Giove disputavano sul nome, intervenne anche Terra, reclamando che a ciò che era stato formato fosse imposto il proprio nome, perché gli aveva dato parte del proprio corpo. I disputanti elessero Saturno a giudice. Il quale comunicò loro la seguente equa decisione: "Tu, Giove, poiché hai dato lo spirito, alla morte riceverai lo spirito; tu, Terra, poiché hai dato il corpo, riceverai il corpo. Ma poiché fu Cura che per prima diede forma a questo essere, fintanto che vivrà, lo possiede Cura. Per quanto riguarda la controversia sul nome, si chiami "homo", poiché è fatto di "humus" (Terra). Inoltre, essendo il dare forma, un atto "in movimento" e mai concluso, la cura accompagnerà ogni momento della vita. La primarietà della cura appartiene alla costituzione dell'essere umano poiché esso ha bisogno sia di essere oggetto di cura sia di prendersi cura' (Heidegger, 1976 da Essere e tempo pp. 282-283).

Nel mito ripreso da Heidegger, Cura è prima dell'essere, lo precede. Sarà Cura a dare forma all'essere. Ricevere cure è la condizione necessaria affinché si dischiudano le

⁷ Dal sito <http://www.treccani.it/vocabolario/cura/>

possibilità dell'essere. In questo senso Heidegger parla di primarietà ontologica della cura. E senza il nutrimento della cura la vita cessa di esistere. La primarietà della cura, e da qui del caring (Benner, 2009), costituisce un assioma basilare dal quale sono nate considerazioni e sul quale ipotesi di nursing hanno fondato le basi per diverse cornici teoriche di riferimento.

Le teorie che intendono sostenere la tesi della primarietà del caring hanno anche bisogno di considerare la cura come pratica rivolta all'altro e quindi alla relazione. Sempre Heidegger afferma che "poiché ciascuno di noi è gettato nel mondo e si costituisce come apertura originaria al mondo, e poiché per il fatto che esistiamo (*ex-sistere* ovvero uscire da) la cura avviene sempre in una relazione, è quella relazione che ci connette con il mondo" (1974). Il nostro "esserci" diviene attraverso le relazioni con gli altri. L'uomo ha dunque l'assoluta necessità di ricevere cure ma ha nello stesso tempo il bisogno di aver cura di sé, degli altri e del mondo per costruire direzioni di senso nella sua esistenza. Quell'*altro* che ci pre-esiste, che ci precede e che si è preso cura di noi per permetterci di continuare ad esserci. Mortari (2013) citando Levinàs, introduce il concetto di cura dell'altro come pratica che qualifica una professione e come un "obbligarmi all'altro" sia necessario per la cura stessa poiché "non esistiamo mai al singolare". Una relazione in cui l'altro è lasciato essere nel suo totalmente altro. Da qui si avrà un senso dell'altro sempre presente, anche nella nostra corporeità; è sempre l'altro, in un certo senso, a farci nascere, attraverso le carezze, gli amori e anche purtroppo le percosse e ferite (Marzano, 2010). Tutto ciò riporta inevitabilmente a una "dimensione primaria"⁸ nella quale, il nostro essere stati un tempo accuditi, alla nostra personale e unica relazione con chi si è preso cura di noi, dalla nascita ai primi momenti della nostra vita, fa da modello e offre una sorta d'impronta per le future relazioni di accudimento.

Nella visione imposta dal modello biomedico, che non incontra il malato ma la malattia e che si trova così a considerare l'individuo come corpo-cosa (Galimberti, 2005), l'uomo viene portato a vivere ancor più il momento della malattia come una frammentazione, una sospensione della sua presenza nel tempo. I luoghi di ricovero classici portano così alla perdita della soggettività dietro una costellazione di sintomi, di routine, di pratiche impersonali e protocolli. Il senso della cura allora consiste anche nel rinforzare, a chi sta male, l'unità soggettiva minacciata, restituire la sua integrità e la "continuità spezzata" tra passato e presente (Viafora et al., 2007).

Il concetto di cura può così essere riassunto in tre possibili declinazioni o nature. La prima di natura cognitiva: curarsi di qualcuno significa pensarlo, tenere l'altro nella mente. La seconda di natura passionale: curarsi di qualcuno significa provare interesse, prestare attenzione, sentire affanno. La terza si colloca fra cognizione e passione ed è l'agire. La cura si realizza nei termini di una pratica, cioè di un agire in cui prendono forma pensieri, intenzionalità, emozioni direzionati verso l'oggetto della cura con la finalità che l'altro possa divenire sé stesso o, meglio, che l'altro possa divenire il "proprio poter essere" (Mortari, 2013; Heidegger, 1976).

⁸ Dimensione già introdotta in questo lavoro di tesi, nell'exkursus iniziale su filosofia del corpo e teorie dell'attaccamento.

1.3.2 Il gesto di cura: intenzionalità e affettività nelle cure infermieristiche.

“...rispetto all’apertura originaria dell’esperienza affettiva le possibilità del conoscere sono inadeguate”
Luigina Mortari ‘Aver cura della vita della mente’ (2013)

L’infermiere si occupa della cura della persona e nel suo agire professionale entra in contatto con chi assiste e instaura una relazione. L’infermiere si prepara nella propria formazione continua e di base, secondo criteri scientifici basati sull’evidenza, a diventare esperto nell’eseguire una costellazione di atti, azioni che hanno luogo nel contesto assistenziale. Nel suo codice deontologico, l’infermiere è definito come “il professionista che assiste la persona e la collettività attraverso l’atto infermieristico inteso come il complesso dei saperi, delle prerogative, delle attività, delle competenze e delle responsabilità dell’infermiere in tutti gli ambiti professionali”⁹. L’intervento assistenziale infermieristico prelude un’azione, un fare, un movimento del pensiero e del corpo (Mortari, 2013). Oltre la forma, ciò che ci caratterizza, che ci dà colore ed individualizza il corpo è la sua espressione in movimento, cioè la sua gestualità; la creazione del gesto fa nascere e rende ancor più vera la nostra corporeità (Galimberti, 2005). Il gesto e l’atto nel contesto infermieristico prevedono spesso il contatto (Grousset, 2009) ma si differenziano per ciò che li genera, il motore vero delle due modalità. Sia il gesto che l’atto possono implicare o meno un contatto, ma mentre il primo ha una caratteristica comunicativa, il secondo ha come principale caratteristica l’essere composto da movimenti che formano una prassi. Possiamo dire che nel nostro contesto, il gesto abbia un connotato affettivo, mentre l’azione un connotato operativo, di assistenza o di cura (Brugnoli, 2008). Come è già stato osservato in questa tesi, diverse modalità di entrare in contatto vengono espresse nella pratica infermieristica di tutti i giorni, esse vanno da quella attenta a conoscere e scrutare, nella ricerca di segni, sentire, palpare per scopi tecnici o medici, a quella modalità accogliente, rispettosa che sperimenta la sorpresa.

Van Manen (2005) descrive, nella fenomenologia del contatto, ciò che accade nell’incontro con l’altro nei contesti di cura, ed introduce i concetti di tocco *gnostico* e tocco *patico*. Il tocco gnostico si occupa di conoscere (la riflessione di Van Manen parte proprio da una storia di palpazione medica) e di raccogliere informazioni per una diagnosi o per svolgere un compito terapeutico mentre il tocco patico si preoccupa dell’individuo, si avvicina all’esperienza vissuta dalla persona (una gestualità che lascia l’altro esprimersi anche nel movimento). Nonostante le dicotomiche visioni tra atto medico e infermieristico, è possibile unire le due ottiche professionali e intellettuali e trasformare un’azione gnostica in patica (Van Manen, 2005).

L’occuparsi dell’altro e della sua cura non può escludere anche il considerare la vita emotiva e quindi affettiva del paziente. Emozioni e sentimenti non solo intessono

⁹ Dal codice deontologico dell’Infermiere, disponibile al sito ufficiale della FNOPI Federazione Nazionale Ordini Professionali Infermieri. <http://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>

profondamente i gesti della cura, ma la costituiscono all'origine (Bruzzone, 2009). L'affettività rappresenta la sfera degli atti con cui l'essere umano si rivolge al mondo e ne riceve le impressioni. Essa è fatta di emozioni, stati d'animo, sentimenti e atteggiamenti¹⁰. L'essere umano vive sempre in qualche stato emotivo, noi siamo nel mondo sempre secondo una certa tonalità emotiva, pur non essendone sempre consapevoli. Accogliere l'affettività rimanda alla necessità di aver cura della vita emotiva, esprimere i sentimenti e assumerne la responsabilità anziché tentare di negarli (Mortari, 2013). Sentimenti, passioni, emozioni attraversano i luoghi di cura e possono costituire per gli operatori una fonte di ansia e generare l'innalzamento di barriere o il rifugiarsi in rigidi regolamenti. La formazione degli operatori sanitari e degli infermieri è stata in passato permeata da programmi che negavano la sapienza del mondo affettivo, infondendo l'idea che un distacco emotivo sia il corretto e professionale atteggiamento da assumere nel contesto di cura. Secondo Iori (2006) "coltivare" la vita emotiva significa riconoscere le tonalità emotive e nominarle, per vivere con l'intelligenza del cuore che rende significativo l'inscindibile legame che lega la vita emotiva e la vita intellettuale. Riflessioni delle diverse correnti psicologiche supportate dalle scoperte delle neuroscienze hanno definito che la vita affettiva non può essere scissa dalla sfera cognitiva, poiché possiede essa stessa una sapienza. I sentimenti e le emozioni seppur spesso descritti come appartenenti al mondo dell'irrazionale, sono in realtà componenti intelligenti della vita della mente o meglio, come Martha Nussbaum definisce una "componente emotiva del pensare" (2001). Il mondo affettivo umano, nella sua specificità e complessità, rappresenta un elemento fondante dell'unità esistenziale e ancor più viene caratterizzato dalla sua continua relazione con ciò che definiamo e percepiamo come razionale (Damasio, 1995). In una recente ricerca sull'intelligenza emotiva (Montes-Berges&Augusto-Landa, 2014) e l'intensità dell'esperienza affettiva è stato riscontrato che gli infermieri in grado di comprendere le loro esperienze emotive sono più capaci di riconoscere come rispondere alle pressioni del lavoro. L'infermiere può quindi farsi guidare dall'insight emotivo per cambiare pensieri e azioni e così "riparare" o cambiare gli effetti negativi che un vissuto emotivo potrebbe avere sulla sua salute.

Frans Veldman (1921-2010) dopo le drammatiche esperienze vissute in campo di concentramento e dopo aver lavorato con pazienti in coma, ha creato l'Haptonomia, che è stata concretamente sviluppata in Francia a partire dal 1980. Il termine Haptonomia si compone del vocabolo *hapsis*, senso del tatto, sensazione, ma anche sentimento e *haptein*, cioè entrare in contatto, riunire, avere una relazione intima. Definita come la scienza dell'affettività: è una scienza della vita in senso ontologico e si basa su un approccio fenomenologico alla persona, in particolare rispetto alle sue componenti affettive ed abbraccia l'intera esistenza umana dal concepimento alla morte.

La fenomenologia aptonomica ha come principio fondamentale l'incontestabile diritto primario dell'essere umano dal momento del suo concepimento di venire affermato nella sua esistenza e di essere confermato affettivamente. Nel contatto 'confermante' aptonomico il rapporto infermiere-paziente si modifica rinforzandosi e cresce la fiducia verso colui che

¹⁰ Definizione di Affettività dal sito http://www.treccani.it/enciclopedia/affettivita_%28Universo-del-Corpo%29/

non solo si prende cura dell'assistito, ma è in grado di comprenderlo entrando nella sua sfera più intima (Veldman, 2001).

L'infermiere può scegliere di abbracciare una filosofia di cura dove l'affettività è presa in considerazione, mantenendo solide basi nella propria professionalità secondo le richieste dei tempi e delle organizzazioni. In altri termini, il professionista che coglierà istintivamente, o attraverso una formazione specifica, l'opportunità di avvicinarsi alla dimensione affettiva di chi sta curando, sarà pronto ad arricchire il proprio bagaglio umano ed avrà ulteriori elementi per costruire o meglio definire le sue competenze di Caring.

La metamorfosi degli interventi assistenziali in veri gesti di cura richiede un cambiamento di prospettiva o meglio far nascere il bisogno di assumere una nuova postura, non soltanto fisica, anche intellettuale. Essere in una postura che favorisce l'ascolto, principalmente di sé stessi, per poter investigare e muoversi poi verso l'altro e poter entrare in contatto, accogliendolo intenzionalmente. Nell'intenzionalità (secondo un punto di vista filosofico) c'è un movimento mentale che dal concetto e rappresentazione va verso l'oggetto (Severino E., 1986), in altre parole quell'esser-ci necessario nella relazione con il mondo, che ha capacità di *'mutare la sostanza stessa dell'incontro'* (Heidegger, 1976). L'intenzionalità, nella corrente filosofica della fenomenologia, è l'attitudine costitutiva del pensiero ad avere sempre un contenuto, a dirigersi necessariamente verso un oggetto, senza il quale il pensiero stesso non sussisterebbe (Merleau-Ponty, 2013).

Diversi ricercatori hanno sottolineato che quando nella pratica di cura c'è intenzionalità, si entra in contatto con l'altro, riconoscendo e incontrando non più soltanto un corpo, ma una persona (Chang, 2001; Connor&Howett, 2009). Fredriksson (1999) in una ricerca su caring, presenza e intenzionalità porta attenzione al fatto che l'infermiere si trova spesso nella posizione di poter trasformare un *'essere lì'* in un *'essere con'*, creando connessione e intersoggettività. L'agire umano può quindi essere anche un agire intenzionale, orientato cioè da un'intenzionalità che l'essere umano sente come originaria e primaria. A questo proposito Mortari (2013) afferma che "se si assume il principio aristotelico secondo il quale *ogni cosa tende al bene* allora l'essere di ciascuno è mosso dall'intenzione di cercare il bene. Aristotele precisa che questo bene è chiamato *eudaimonia* che letteralmente significa vivere in una buona dimensione dello spirito" (pg.11). Pertanto, l'intenzione che sostiene una buona azione di cura si occuperà di ciò che fa vivere bene, avendo chiare le premesse della primarietà ontologica della cura e di un'intenzionalità eudaimonistica dell'essere (Nussbaum, 2001). Da questi presupposti, il gesto di cura quindi può essere definito come un gesto intenzionale che mira al benessere dell'individuo.

1.3.3 Teorie del Caring

“Caring is the essence of nursing”
Jean Watson. *Caring science and human caring theory* (2009)

“...probabilmente si potrebbe assistere anche senza Caring, ma quando questo avviene, il Nursing diventa mero lavoro.”
Finfgeld-Connett, D. *Meta-synthesis of caring in nursing* (2008)

Il Nursing essenzialmente nasce dall'integrazione di diverse forme di conoscenza incentrate su aspetti etici, umani, scientifici ed estetici del concetto di cura (Ranheim, A. et al., 2010). Come è già stato affermato, nel cuore del nursing e quindi della pratica infermieristica non c'è la malattia ma l'impatto che essa ha sulla persona e la sua autonomia.

Il Caring nelle sue molteplici definizioni è stato descritto come un '*tratto umano*', un imperativo morale, un affetto e l'essenza della pratica del nursing e nelle relazioni di cura (Canzan, F. et al., 2014). In italiano Caring può essere tradotto come termine generico ed inteso come 'prendersi cura' oppure 'aver cura'; viene comunque preferito mantenere il termine Caring in quanto legato ad un corpo di studi specifico, presente in letteratura internazionale.

Nella sua meta-sintesi di 49 studi Finfgeld-Connet (2008) definisce il Caring infermieristico come un processo sociale che comprende una sensibilità interpersonale dell'aspetto emotivo e fisico della relazione infermiere paziente e l'abilità di identificare i diversi significati delle condizioni cliniche del paziente attraverso un *assessment* competente ed esperto. Jean Watson è una studiosa di nursing che ha fatto dello *Human Caring* il focus dei suoi studi sin dagli anni settanta. La teoria di Watson è ampiamente usata nella pratica infermieristica ed ha offerto una cornice teorica per molti modelli di Nursing (Rafael, 2000). Il Nursing è (secondo Jean Watson) a tutti gli effetti una Caring Science con implicazioni etiche e filosofiche. Gli esseri umani sono connessi gli uni agli altri nel caring process; l'umanità di un infermiere abbraccia l'umanità degli altri per preservare la propria e altrui dignità. Nella teoria dello *Human Caring* traspare (come nella maggior parte delle teorie sul Nursing) come la costruzione di una relazione interpersonale dove c'è Caring rappresenti un approccio alla cura dai contorni olistici (Desmond et al., 2014).

Sally Gadow, studiosa del nursing sotto un profilo fenomenologico esistenziale, tracciò le basi per il concetto di advocacy, basato fondamentalmente sul principio etico e umanistico di auto-determinazione del paziente (Bishop&Scudder, 2003). La cornice teorica di Gadow pone l'infermiere come avvocato del paziente, coinvolto in prima persona a proteggere e accrescere la dignità della persona assistita ed esprime valori quali il rispetto di ogni essere umano, giustizia e onestà. Osservando il Caring con gli occhi di Sally Gadow, questo fenomeno verrà visto e considerato non soltanto come una tecnica interpersonale (da

esplorare ed eventualmente sviluppare) ma anche un vero e proprio “obbligo morale” per chi si occupa dell’altro nel contesto di cura (MacDonald, 2007).

Mortari (2013) definendo il rapporto tra nursing e caring, e nello specifico ciò che costituisce un buon nursing afferma che non serve soltanto l’idea dell’obbligo della cura che il soggetto ha verso sé stesso e l’altro. Esiste anche una dimensione relazionale della cura ontologicamente necessaria e quindi la cura degli altri come ideale di esistenza. La relazione di caring comporta, come sottolineato da Watson, l’offrire presenza autentica e affettività che si traduce in cura amorevole; tale relazione, così costruita, si definisce negli elementi costitutivi fondamentali quali: conoscenza, pazienza, onestà, fiducia, umiltà, speranza e coraggio.

Un passaggio critico nell’adozione di un modello di cura così ampio è stato negli anni la possibilità di trasferirlo nel mondo della pratica, trasformare le caring theories in caring practice. Patricia Benner (1994) sottolinea che le pratiche di Caring non possono essere ridotte a concetti astratti o ad atteggiamenti psicologici, ma vanno svolte da un professionista “incarnato” e incluse nelle reali pratiche. In letteratura sono presenti diversi studi dove vengono considerati modelli di nursing nei quali è presente la cornice teorica dello Human Caring (Hoffren-Larsson et al., 2013). Ancor più l’esistenza di studi nei quali viene valutata l’efficacia di un modello assistenziale dove il Caring è al contempo una filosofia e una guida, nella pratica, per il professionista della cura. Papastavrou et al. (2011) commentano che esiste ancora un numero esiguo di evidenza e ricerche che dimostrano quanto gli atteggiamenti di Caring contribuiscano attivamente al miglioramento delle condizioni e a diminuire il distress del paziente.

Gli autori affermano che nelle ultime due decadi sono comunque emersi in letteratura esempi d’intervento infermiere-paziente connotati da un approccio di tipo Caring. Il fenomeno del Caring possiede diverse dimensioni e Jean Watson lo ha sistematizzato in diversi indicatori già affrontati in letteratura quali: assicurare presenza, ascoltare dando attenzione alla persona consentendogli di esprimere i propri sentimenti, coltivare la relazione attraverso una gestualità fisica e il dialogo, riconoscere nei gesti di comfort e di cura fisica del corpo un incontro intimo con la persona, offrire supporto emotivo e coltivare la fiducia del paziente, facilitare la presenza dei famigliari, agire sul contesto di cura per realizzare azioni di cura (Watson, 2009).

Diversi studi sul caring infermieristico hanno riportato discrepanze nella percezione tra il caring agito dall’operatore e quello vissuto dal paziente (Tomietto, 2014). Uno studio recente ha comparato, usando una metodologia quantitativa, la percezione di caring infermiere-paziente in sei paesi europei ed i risultati sono stati differenti, forse influenzati dalle diverse culture d’appartenenza e da quanto è presente socialmente la figura infermieristica. Emerge dallo studio quanto la percezione di caring dell’infermiere sia intrisa di principi olistici e filosofici in contrasto con la percezione del paziente; mentre l’infermiere che ha un’attenzione al caring assiste secondo teorie e principi, il paziente è invece molto più preoccupato della preparazione tecnica dell’operatore (Papastavrou, et al. 2012).

Alcune riflessioni su questi risultati portano a considerare quanto i modelli di nursing dovrebbero prendere in considerazione i bisogni del paziente *così come è*, cioè osservando il

paziente anziché proporre modelli di assistenza stabiliti a priori, generando così un costante lavoro di feedback e di ricerca del confronto. In tal modo possono aver luogo le condizioni per costruire, attorno al paziente, un modello d'assistenza rispettoso ed attento, che ne possa considerare l'unicità, le aspettative e i desideri. Necessario sottolineare che studi di diversa matrice ed impostazione, qualitativi o misti, hanno riportato quanto l'atteggiamento di Caring è fonte di miglioramento del comfort ospedaliero e in alcuni casi anche di riduzione del dolore (Chang et al., 2001).

In conclusione, resta la volontà di vedere il Caring come una caratteristica intrinseca del nursing; caratteristica da implementare e valorizzare, attualizzandola al contesto e alla realtà culturale che il paziente sta vivendo. Il Caring, le sue scale di misurazione e il suo utilizzo nella presente ricerca verranno approfonditi nel prossimo capitolo.

CAPITOLO SECONDO

L'infermiere nel contesto italiano e le pratiche di Caring

“Il lavoro di cura, nei diversi ambiti e nelle concrete situazioni dell'esistenza in cui si declina, è caratterizzato da una ineliminabile connotazione etica e umanistica, oltre che scientifica e tecnica, ed è intessuto di intensi vissuti emotivi, rispetto ai quali gli infermieri hanno bisogno di saperi e di strumenti.”
Saiani, L. (2016)

2.1 L'infermieristica italiana: professionalizzazione, cambiamenti normativi, nuove figure di supporto e nuovi bisogni formativi

Gli scenari della professione infermieristica italiana hanno visto dei cambiamenti fondamentali nelle ultime tre decadi, tra i quali: una definizione dei percorsi educativo-formativi, le spinte a una maggior autonomia professionale e l'introduzione di nuove figure assistenziali ausiliarie.

Il profilo dell'infermiere italiano, professionista della cura, sembra essere variegato; al momento resta una popolazione piuttosto matura anagraficamente (è largamente rappresentata dalla fascia d'età tra i 43 e 50 anni) e soprattutto impiegata nelle strutture ospedaliere (Fortunato, 2013).

La popolazione infermieristica italiana ammonta a circa 447mila (da censimento degli iscritti FNOPI del 2017) ed esistono differenti ipotesi riguardo le possibili cause della cronica carenza riportata nei censimenti nazionali (FNOPI, 2018), tra le quali: l'intrinseca difficoltà delle strutture pubbliche ad assumere o a lavorare sulla ritenzione del personale, sempre pronto quest'ultimo a muoversi verso realtà lavorative migliori; i diversi 'piani di rientro economico' che hanno coinvolto diverse regioni italiane e ridotto al minimo il rapporto numerico infermiere/paziente (rispetto a standard mondiali); un paesaggio ancora diseguale, tra nord e sud, nell'avviamento di discorsi sull'implementazione dell'infermiere in aree come il territorio (o supporto al medico di famiglia).

Stando ai dati dell'Osservatorio sulle Aziende e Sistema Sanitario Italiano (OASI, 2017) l'Italia ha il minor numero d'infermieri rispetto alle altre nazioni europee (meno della metà rispetto a Germania e Regno Unito) e per far fronte al previsto aumento delle cronicità della popolazione (dovute all'ageing) e delle assistenze territoriali a lungo termine sarà necessario un investimento maggiore sulla professione infermieristica e operatori sociosanitari, ancor più sulle competenze e ruoli professionali infermieristici a supporto della crescente specializzazione e sviluppo di nuovi profili tecnico/assistenziali.

2.1.1 Dalle Scuole Regionali per Infermiere Professionale al Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche

La nascita delle prime scuole per infermiere in Italia venne promulgata con il Regio decreto Legge 15 agosto 1925 n. 1832, che si propone: "...di mutare, insieme con lo spirito,

l'efficienza morale e tecnica dell'assistenza infermieristica"¹¹. Di Mauro et al. (2003) commentando il documento storico, portano all'attenzione le parole utilizzate per accompagnare la legge: "Nel nostro Paese, per lunga tradizione, l'assistenza agli infermi fu, in passato, considerata abitualmente come una prestazione connessa ad un esercizio di pietà religiosa o come un atto volontario di solidarietà umana e civile". Questo cominciare a muoversi dall'esercizio di pietà religiosa o atto di solidarietà ha caratterizzato tutta la storia del Nursing italiano fino ad oggi; il cammino verso la professionalizzazione viene ufficialmente sancito con questo decreto.

La formazione infermieristica (dal regio decreto in poi) si realizzerà soprattutto nelle realtà ospedaliere e continuerà a prendere una struttura più vicina, attraverso le decadi, a ciò che abbiamo avuto fino a poco prima del diploma di infermiere professionale (cioè un corso triennale con accesso dopo un biennio di una scuola secondaria superiore). Rocco et al. (2015) ripercorrendo la storia del Nursing italiano, per arrivare a ciò che è il percorso di laurea di Scienze Infermieristiche e la professione odierna, tornano spesso a confronti con le formazioni più professionalizzanti (anche internazionali) o alle diverse tipologie di curricula che si sono succeduti nei decenni per mettere in risalto le differenze tra una formazione più vicina alla pratica e a una preparazione più tecnico/teorica, che si addice a una professione.

Nonostante mutamenti storici fondamentali nella storia delle formazioni, che riflettevano le necessità sia legislative e le rivoluzioni del sistema sanitario (ancor prima della sua esistenza) bisogna dire che le trasformazioni più incisive, nella formazione infermieristica italiana sono in realtà avvenute dagli anni '90 in poi. Infatti, negli ultimi quasi trent'anni sono avvenute radicali trasformazioni, testimoniate soprattutto dal passaggio dalle scuole regionali al diploma universitario fino ad arrivare al corso di laurea in scienze infermieristiche. La strada per arrivare ad una formazione infermieristica universitaria con un titolo di studio di laurea triennale (più due per la laurea specialistica/magistrale), equiparata a livello europeo, è stata abbastanza tortuosa (Rocco et al., 2015). Un percorso costellato da diverse modifiche apportate al primo decreto che sanciva l'inizio dell'avventura dei diplomi universitari (istituiti ai sensi della legge 19 novembre 1990, n. 341) fino ad oggi. Il passaggio importante, che definisce ancor più la necessità di professionalizzazione, è stato il decreto interministeriale del 2 aprile del 2001, il quale sancisce l'istituzione del primo corso di laurea in scienze infermieristiche¹² e da lì con susseguenti riflessioni e revisioni legislative, per arrivare alla laurea magistrale (2003-2004) e al primo corso di dottorato di ricerca (2007-2008).

Nel momento storico attuale sono ancora molti gli infermieri che provengono da percorsi non universitari rispetto a chi ha il titolo di laurea, e le differenze dei percorsi è caratterizzata anche dalla vicinanza al mondo cosiddetto della pratica. Nello specifico, il percorso di laurea

¹¹ Circolare Ministero Interno 3 febbraio 1930 n. 20000.14/04166 – Scuole Convitto professionali per infermiere e scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici.

¹² Atto ministeriale 02/04/2001 consultabile al sito: <http://attiministeriali.miur.it/anno-2001/aprile/di-02042001.aspx>

e i curricula in scienze infermieristiche preparano lo studente a un ruolo con una visione professionale; il corso di laurea ha core curriculum e core competencies sottoposti a frequenti cambiamenti per andare incontro alle richieste del mondo della sanità italiana e della pratica informata dall'evidenza scientifica. Di contro, la formazione della scuola regionale (spesso all'interno di Ospedali) poneva al centro del processo di apprendimento dello studente, soprattutto le ore di tirocinio e le esperienze pratiche. Infatti, andando a confrontare università e scuole regionali esiste un differente peso delle attività formative professionalizzanti: minimo 60 crediti formativi su 180 della laurea triennale, quindi un terzo della formazione complessiva; 2400 ore di presenza effettiva nei servizi prevista dalle scuole regionali (Destrebecq, 2017). Da qui emergono differenze importanti e gap teorico-pratici ai quali sia gli accademici che i pratici stanno dedicando attenzione (Mortari, 2013).

2.1.2 Professionalizzazione e vocazione

L'infermiere laureato è stata una conquista resa possibile grazie ad un altro passaggio storico fondamentale, avvenuto alla fine degli anni 90, ovvero l'eliminazione dell'aggettivo "ausiliaria" alla denominazione "professione sanitaria ausiliaria", che dal 1934 caratterizzava la professione infermieristica. Una premessa giuridicamente indispensabile presente nella Legge 26 febbraio 1999¹³, che ha portato l'abolizione del mansionario infermieristico e il passaggio dalla natura tecnica (professionale) ad una intellettuale (professionista), della professione infermieristica. Questo importante passo ha dato ancor più valore normativo a conquiste quali il profilo professionale e il codice deontologico, ridefinendo così il campo proprio delle attività e responsabilità dell'infermiere. Inoltre, a questo passaggio, viene anche affiancato (sempre dalla legge 42/99) il riconoscimento della formazione post base, trattasi di un ulteriore strumento per la definizione di un infermiere, che in base all'esperienza professionale e al suo curriculum formativo, si assume una reale responsabilità nell'esercizio delle proprie competenze (Silvestro, 2005).

Altra recentissima trasformazione (avvenuta all'inizio del 2018) e altro tassello importante del processo di professionalizzazione, è stata la nascita dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) dall'ex Collegio IPASVI (Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia). L'Ordine Professionale Infermieristico, riprende dall'ex-Collegio il mandato (come ente di diritto pubblico non economico) della tutela del cittadino/utente e dell'infermiere, nello specifico: il cittadino ha "il diritto, sancito dalla Costituzione, di ricevere prestazioni sanitarie da personale qualificato, in possesso di uno specifico titolo abilitante, senza pendenze rilevanti con la giustizia"; mentre "l'Ordine è tenuto a tutelare l'infermiere, che si iscrive all'Albo, nella sua professionalità, esercitando il potere disciplinare, contrastando l'abusivismo, vigilando sul rispetto del Codice deontologico, esercitando il potere tariffario, favorendo la crescita culturale degli iscritti, garantendo l'informazione, offrendo servizi di supporto per un corretto esercizio professionale"¹⁴.

¹³ Da Legge 26 febbraio 1999, n. 42 Disposizioni in materia di professioni sanitarie. Consultabile al sito: <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/99042l.htm>

¹⁴ Da 'Federazione Nazionale Ordine Professioni Infermieristiche-FNOPI' consultabile al sito : <http://www.fnopi.it/chi-siamo/collegi.htm>

Il passaggio all'Ordine segna un ulteriore riconoscimento, anche da parte della società, dell'infermiere come professionista laureato e autonomo, inoltre, rispetto ai colleghi professionali, l'ordine ha una posizione giuridica differente, più stabile ed incisiva in quanto ha funzione sussidiaria dello Stato, pertanto può svolgere non solo compiti di controllo ma anche amministrativi per la tutela della professione.

Come è già stato affermato, l'infermiere laureato che si affaccia al mondo del lavoro ha come caratteristica, rispetto ai colleghi provenienti dalle formazioni precedenti, una maggior predisposizione alla visione professionalizzante del mandato infermieristico, non avendo vissuto i modelli normativi di profilo precedenti. Sono del resto dei differenti percorsi per diversi obiettivi; ciascuno che rispecchia una visione dell'infermiere secondo il momento storico vissuto, un professionista dopotutto in transizione verso una maggior autonomia. Un aspetto da osservare, riguarda gli infermieri che provengono dalle formazioni non universitarie, che, avendo vissuto la transizione normativa, potrebbero restare ancorati ai ruoli professionali del passato; sottovalutando l'importanza dei cambiamenti avvenuti negli ultimi anni (Marletta et al. 2014).

Di Mauro et al. (2003, p.24) commentando i concetti di professione e vocazione, ricordano che sebbene il termine professione sia il contrario di un "atto volontario di solidarietà umana" (e neanche un atto che risuona quindi con parole come vocazione e/o missione) il significato etimologico della parola infermiere significa comunque "stare presso gli infermi". Infatti, l'infermiere si trova ad un dilemma essenziale nel proprio agire ovvero, come riscattarsi dall'immagine molto densa ed evocativa della vocazione andando a "ristrutturare" un ruolo di professionista che non sia però caratterizzato dall'essere distante dalla dimensione paziente che è caratteristico delle professioni mediche e soprattutto frutto delle specializzazioni (Di Mauro et al., 2003; Savieto&Leão, 2016).

Del resto, il termine vocazione o vocazionale caratterizzano ciò che non viene in un certo senso "scelto", per cui, secondo l'accezione comune, la vocazione ad essere infermiere consiste nell'essere più attenti all'altro e ai suoi bisogni in maniera naturale, istintiva, pertanto la preparazione alla professione potrebbe restare in secondo piano o arrivare dopo. Infatti, un rischio che ha corso per molto tempo la professione infermieristica risiede nella già citata dicotomia (forse anche legata ai concetti del corpo rivisitati nella rassegna del primo capitolo) tra un 'essere' portato per vocazione ad occuparsi degli altri o a 'fare' per lavoro; dicotomia che in un certo senso ha relegato tutte le attività di relazione, vicinanza con il paziente più per chi appartiene alla categoria vocazionale mentre tutto ciò che ha a che fare con lo strumentale, procedurale viene associato al professionale (Cipolla&Artioli, 2003).

La vocazione infermieristica è stata definita come la propensione o meno all'essere chiamati ad occuparsi dell'altro (presente in altre professioni di cura). Infatti, l'istanza motivazionale a prendersi cura degli altri, nell'ipotesi di Bowlby (1980) e Philips (1997) è un aspetto individuale che condiziona la nostra stessa motivazione alla professione di cura, per diverse ragioni messe in relazione alle nostre prime esperienze infantili di vita.

Allora, forse un compito dell'infermiere di oggi (ed anche della facoltà di Scienze Infermieristiche e dell'Ordine Professionale) è quello di poter far incontrare queste due anime della professione e dimostrare che possono entrambe coesistere nel ruolo e nell'identità professionali infermieristiche, senza relegare a ruolo (per così dire) meno importante, o lasciato a un dominio di saperi impliciti, tutto ciò che riporta il Nursing alla persona (Squaglia&Matarese, 2007). Ricordando che, sebbene la professione sia andata verso la specializzazione, il più grande motivo di soddisfazione che emerge negli studi rimane comunque la relazione con il malato seguito poi da fattori organizzativi, dal team e dalla riuscita degli interventi (Watson, 2009).

2.1.3 Identità professionale

Il passaggio normativo (e sociale) di maggior professionalizzazione ha avviato inevitabilmente un processo di revisione o di ridimensionamento non solo di aspetti tradizionalmente individuali (come potrebbe essere la vocazione) ma anche di tutto ciò che definisce l'identità professionale dell'infermiere. L'identità professionale è un'identità collettiva che, in quanto tale, si costruisce e ricostruisce chiamando in causa dimensioni e processi intra-individuali, interpersonali e sociali (Ruffino, 2013). Nell'identità professionale entrano in gioco processi di categorizzazione, identificazione, confronto sociale; l'individuo s'identifica con le attività svolte nell'organizzazione, oltre che percepire l'appartenenza a una categoria professionale e attribuire a essa un valore anche emotivo (Mancini & Montali, 2009). Infatti, all'esercizio dell'identità professionale sono fortemente legati: l'atto di rappresentarsi verso il lavoro e la nostra produzione di senso. Ruffino (2013) nell'introdurre questo costrutto, cita Berger e Luckman (1969, p.96) che affermano: «quando l'individuo riflette sui momenti successivi della sua esperienza, cerca di inserire i loro significati in un quadro biografico coerente. Questa tendenza si accentua quando l'individuo condivide con altri i suoi significati e la loro integrazione biografica». La produzione di senso e la condivisione dei significati sono atti che richiamano a una sfera relazionale "costitutiva di un funzionamento sociale" (Crocetti et al., 2014; Ruffino, 2013). Marletta et al. (2014) nel loro studio su identità professionale infermieristica e nuovo ruolo hanno confermato (seppur con i limiti dovuti al campione ed alla regione dello studio) l'esistenza di differenze tra gli infermieri nell'abbracciare i cambiamenti legati a questo costrutto e in particolare, posizione già ipotizzata, tra chi conosce solo la figura dell'infermiere come professionista autonomo e chi ha vissuto invece nel precedente paradigma professionale ovvero quello dell'infermiere professionale, l'ausiliario dell'assistenza regolata da un mansionario.

Il processo di costruzione dell'identità professionale infermieristica ha una stretta relazione con diversi processi socio-psicologici legati al lavoro, come la soddisfazione lavorativa, il turnover, la performance lavorativa e la motivazione al lavoro (Mancini & Montali, 2009; Marletta et al. 2014). In Crocetti et al. (2014) i diversi aspetti dell'identità professionale (la loro ricerca si rivolge agli impiegati) hanno un impatto notevole sulla soddisfazione lavorativa, il burn-out e sui comportamenti di cittadinanza organizzativa.

2.1.4 Nuove figure dell'assistenza: gli OSS

La necessità di maggior supporto per la carenza di personale infermieristico, sia nelle strutture sanitarie pubbliche che sul territorio, ha rappresentato (e ancora rappresenta) una vera e propria emergenza sanitaria, che ha portato nel 2001 ad una legge/accordo tra Stato e Regioni per l'istituzione della figura dell'Operatore Socio Sanitario (ovvero OSS)¹⁵. L'OSS si occupa delle cure primarie della persona, nel rispetto delle proprie competenze, in ambito sanitario e sociale; nello specifico le attività dell'OSS possono essere: di assistenza diretta e di carattere igienico-sanitario, aiuto gestionale e domiciliare, di comfort alberghiero e supporto organizzativo.

L'introduzione (ufficiale) della figura dell'OSS nel contesto sanitario nazionale ha portato ad interrogarsi sui rischi per l'infermiere di una diminuita interazione con il paziente. Infatti, la riduzione delle occasioni d'incontro dell'infermiere con il paziente, soprattutto nei momenti delle cure di base, come l'igiene o la mobilitazione (svolte soprattutto dagli OSS) potrebbe essere vista come una notevole riduzione delle opportunità di stabilire un contatto e quindi di concreto spazio/tempo dedicato alla relazione.

A tal proposito, uno studio italiano è andato a misurare le interazioni degli OSS e infermieri con i pazienti di un Azienda Ospedaliera del Nord-Est (Palese et al., 2010). Nello studio comparativo è stata effettuata la rilevazione dei tempi, durata e tipologia di contatto delle interazioni OSS-paziente e infermieri-paziente in due reparti di medicina. Palese et al. (2010) discutendo i risultati, sottolineano che l'infermiere nonostante non si occupi direttamente delle cure igieniche, o altre attività di base, ha numericamente maggiori interazioni mediate dal contatto. Negli aspetti di qualità del tocco è stato visto che l'infermiere entra in contatto attraverso un set di tocchi, che non prevede necessariamente l'utilizzo dei guanti di protezione. Modalità di contatto più legato alla relazione e comunicazione, oltre che procedurale/strumentale. Gli OSS, nella loro pratica utilizzano quasi esclusivamente questo dispositivo di protezione, essendo direttamente coinvolti nelle cure igieniche. Nello studio è stato ipotizzato, nonostante nel set di tocchi dell'OSS è previsto un entrare in contatto per offrire comfort fisico, quanto nelle mansioni degli OSS potrebbero esserci delle differenze di approccio ed un contatto con caratteristiche meno rivolte alla relazione. Una conclusione che apre ad ulteriori e approfondite ricerche, ha restituito un quadro di un infermiere che ha a disposizione, nella totalità delle ore lavorative, più occasioni per entrare in contatto con il paziente, ed agire un contatto che non è legato od orientato solo a una procedura ma alla relazione e comunicazione.

L'OSS resta comunque una figura presente sul territorio nazionale ed impiegato in realtà sanitarie sia private che pubbliche, dove collabora con l'infermiere ma è anche spesso il solo operatore assistenziale di riferimento (basti pensare a realtà quali le residenze socio-

¹⁵ PROVVEDIMENTO 22 febbraio 2001: Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione. (GU Serie Generale n.91 del 19-04-2001) Consultabile da: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/04/19/001A4046/sg>

assistenziali per anziani, ovvero le RSSA, dove non servono prestazioni sanitarie complesse e l'input medico o infermieristico è minimo). Secondo i report del 'Network Non Autosufficienza' (2011; 2017/2018) esiste una disparità regionale notevole nell'utilizzo della risorsa OSS; un comune denominatore, nello specifico delle strutture residenziali o di cure intermedie, è un tempo assistenziale degli OSS (previsto e calcolato secondo formule standard) molto alto, in alcuni casi tre volte rispetto ai tempi di assistenza infermieristica. Da questi recenti report, nel Nord Italia (soprattutto in Lombardia e Friuli-Venezia Giulia) risulta un notevole incremento dell'impiego degli OSS, restituendo un quadro di strutture dove numericamente la proporzione con la figura infermieristica è a svantaggio di quest'ultima. Resta pertanto da osservare la relazione tra infermiere e OSS e i riflessi sulla relazione con il paziente.

2.1.5 Riflessioni sui bisogni formativi del professionista

Dalla panoramica offerta, emerge la figura di un infermiere contemporaneo italiano che, insieme all'adeguamento ai piani di rientro del sistema sanitario e a tematiche importanti come l'invecchiamento della popolazione, i cambiamenti nella salute pubblica, le nuove culture dell'assistenza e delle organizzazioni, potrebbe faticare a trovare un congruo supporto formativo.

Le organizzazioni sanitarie e l'ordine professionale, cominciando a porre attenzione a come gli infermieri vivono e agiscono la propria professionalità, hanno iniziato a promuovere azioni formative che non mirino semplicemente all'incremento e al miglioramento delle conoscenze tecnico/specifiche, ma che siano finalizzate alla promozione e alla definizione dei significati e attribuzione di senso della professione stessa (AGENAS, 2014). D'altro canto, la professionalizzazione e le pressioni organizzative rischiano di portare l'infermiere a perdere di vista la dimensione della cura più vicina all'esperienza della malattia (così com'è vissuta dalla persona) per andare invece verso aspetti dell'assistenza più tecnico/strumentali o preoccupati alla performance. Mentre potrebbe essere l'occasione per supportare un'offerta formativa che guarda sia agli aspetti necessari per sostenere la professionalizzazione (e le potenzialità di collocazione che una formazione specifica può offrire) che al desiderio di dar senso a questo passaggio storico, per trovare supporto alle difficoltà o agli eventuali 'mal di vivere', dei quali è possibile fare esperienza nel percorso lavorativo (Gulisano, 2018). Del resto, la pratica infermieristica è per sua natura un insieme complesso di conoscenze che richiede un perpetuo sguardo alle sue diverse nature; pertanto, i progetti formativi dovrebbero essere orientati al miglioramento della pratica professionale intesa come "saper essere", oltre che alle conoscenze e al "saper fare" (Benner, 2004).

L'approccio tecnico/scientifico non può essere l'unica modalità per comprendere queste diverse nature del nursing; la sola ricerca di una razionalità (cosiddetta tecnica) non soddisfa quell'intento di ritrovare l'interesse di intelletto ed emozione nella professione infermieristica (Iori, 2010). Lo studio della pratica, per arrivare a produrre saperi non relegati alla sola razionalità tecnica, si avvale della trasformazione dei processi stessi di apprendimento, in riflessione (Schon, 2006).

In tempi recenti, è stato portato in evidenza un maggior bisogno di formazione orientata agli aspetti umanistici della cura, da parte degli infermieri, andando a riconoscerne gli effetti benefici sia nell'assistenza che sullo stesso professionista (AGENAS, 2014). Un recente sondaggio dell'ordine infermieristico piemontese ha evidenziato una maggior richiesta di formazioni e aggiornamenti continui (post laurea specialistica) rivolte agli aspetti di comunicazione e relazionali rispetto a corsi di carattere più legati ad aspetti tecnici dell'assistenza (Sperlinga et al. 2016). Inoltre, sono già presenti proposte di formazione e di integrazione nei curricula del corso di laurea di scienze infermieristiche che riguardano aspetti relazionali e di comunicazione del nursing (Zannini et al. 2011; Palese et al., 2017; Ferrari et al., 2017; Bagnasco et al., 2016).

L'atto stesso dell'andare ad osservare gli aspetti più riflessivi e relazionali della cura, non soddisfa o stimola soltanto bisogni formativi ma sostiene l'infermiere nelle sue strategie di coping (Cunti, 2012). L'infermiere, e così il professionista della salute, nell'atto del prendersi cura, ha bisogno di poter affrontare la dimensione affettiva, confrontandosi con le sue disponibilità emotive e cognitive, per comprendere ed accogliere (Mortari, 2013). Infatti, recenti ricerche hanno già dimostrato quanto l'operatore che riflette sulle pratiche di contatto o che considera altre possibilità d'incontro con l'altro (come attraverso il massaggio o altre pratiche gentili di contatto) può sperimentare una riduzione del senso di non appartenenza e di insoddisfazione, traendone così beneficio anche l'assistito (Wilson e al. 2016; Field, 2016).

In tale direzione, diverse realtà del sistema sanitario nazionale hanno prestato attenzione ed incoraggiato esperienze di formazione che cercano di legittimare quelle dimensioni soggettive, emozionali e valoriali, dalle quali dipende non soltanto la qualità della relazione di cura ma anche la spinta verso una maggior "umanizzazione" dei servizi e dei luoghi della cura. Umanizzazione delle cure, intesa come attenzione alle problematiche emergenti nel rapporto tra persone e organizzazione; la valorizzazione della relazione come componente fondante dell'atto di cura, l'attenzione agli aspetti strutturali e al clima tra professionisti, la considerazione di quanto percepito da chi, in questo momento, ha bisogno di cure.¹⁶

¹⁶ AGENAS- Definizione del termine Umanizzazione, disponibile al sito: <http://www.agenas.it/la-persona-prima-di-tutto-agenas-misura-lumanizzazione-della-sanita?jjj=1435142489688>

2.2 La Compassion Fatigue e il Burn Out: strategie per migliorare il coping e le evidenze scientifiche.

“...la fiamma della compassione può bruciare tutto lasciando solo ceneri emozionali, a meno che l’individuo non trovi altre energie per alimentarla (con la conoscenza, le gratificazioni e la forza).”
Maslach (1988), *la sindrome del burn out*. (citata in Braidì, 2001)

“Il primo passo necessario è lasciarsi interpellare dai sentimenti, ascoltarli, non negarli né fuggire davanti a quelli sgradevoli, scomodi, difficili da accettare (i sentimenti non sono solo i “buoni sentimenti”).”
Iori (2010) *Vita emotiva e formazione*.

Numerose ricerche sulla salute occupazionale degli infermieri hanno sottolineato che si tratta di un lavoro che ha un peso notevole sull’equilibrio psicosociale, fisico e sul benessere generale (Sabo, 2017). L’infermiere è considerata una tra le professioni a più alto rischio di stress psicofisico; da una recente survey nazionale inglese, effettuata nel contesto delle cure palliative, risulta che il 42% degli infermieri sente di vivere una situazione di stress che condiziona la loro vita lavorativa e salute (Kinman&Leggetter, 2016). Gli studi che esplorano la natura dello stress occupazionale (Sabo, 2017; Smart et al., 2014; Delgado et al., 2017) nei contesti di cura, suggeriscono che gli aspetti della relazione terapeutica, nello specifico empatia e coinvolgimento, che sono oltretutto alla base del nursing, giocano un ruolo nell’insorgere ciò che viene definito come stress lavoro-correlato (o *work-related stress*)¹⁷.

La complessità della relazione e degli stessi contesti assistenziali, assieme al peso delle responsabilità professionali, favoriscono l’emergere di una dimensione forse sottovalutata o implicita di ‘lavoro emozionale’ del professionista della cura. Il lavoro emozionale (*emotional labour*) secondo Arlie Hochschild, sociologa americana che ha introdotto questo termine, rappresenta uno aspetto importante del mandato infermieristico.

La sociologa spiega che si parla di lavoro poiché richiede un ricorrere, in parte imputabile all’espressione prolungata nel tempo, ad emozioni non genuine capaci di causare una sottile dissonanza emotiva, definita dall’autrice come: “una separazione tra emozioni espresse e emozioni percepite” (Gray, 2010).

Oltretutto, bisogna considerare che nelle professioni d’aiuto, la qualità della relazione curante-assistito è anche determinata dai processi psico-sociali, quali l’elaborazione delle convinzioni personali e su chi assistiamo, che possono orientare ulteriormente i nostri comportamenti (Cunti, 2012). Nel lavoro infermieristico, quando il peso del lavoro emozionale aumenta la dissonanza emotiva, caratteristica comune a tutte le professioni di

¹⁷INAIL (2017) Rischio stress lavoro correlato. disponibile da: <https://www.inail.it/cs/internet/attivita/ricerca-e-tecnologia/area-salute-sul-lavoro/rischi-psicosociali-e-tutela-dei-lavoratori-vulnerabili/rischio-stress-lavoro-correlato.html>

cura, il disequilibrio che ne deriva può contribuire ad aumentare il disagio nel curante e le situazioni di stress lavoro-correlato (Delgado et al., 2017; Gray, 2010). Jean Watson (2010) descrivendo le caratteristiche salienti del mandato infermieristico ha posto al suo centro il caring empatico e le skills interpersonali. Secondo Watson uno degli strumenti più appropriati per stabilire e mantenere un'importante relazione d'aiuto e di fiducia è l'empatia. Il caring empatico diventa possibile quando si riconosce l'altro come qualcuno che vive la propria personale esperienza di paziente, e la comprensione e accettazione sono espressi con un linguaggio verbale e non (Delgado et al., 2017). L'autrice sottolinea che le cure empatiche possono avere un costo energetico importante per l'infermiere, nei termini di contribuire allo stress lavoro-correlato (Watson, 2009).

Il concetto di cure empatiche porta ad interrogarsi anche sull'influenza che il termine empatia ha esercitato, per quasi due secoli su tutti gli studi, le riflessioni e la letteratura che si occupa di relazione e nelle scienze infermieristiche. L'empatia nel nursing è definita come l'abilità di comprendere il sentire del paziente, comprendere la situazione dal punto di vista del paziente e trasmettere questa capacità di comprensione al paziente (Lombardo&Eyre, 2011). Edith Stein (1891-1942) descrive l'empatia come l'esperienza elementare di percezione dell'altro in quanto altro io, il frangente in cui l'altro mi è dato come un altro; il corpo dell'altro esprime immediatamente la presenza di una vita personale: "vedo l'altro vivermi nel proprio corpo allo stesso modo in cui io mi vivo nel mio" (citata in Manara et al. 2014). I padri della fenomenologia Edmund Husserl (1859-1938) e Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) hanno definito l'empatia come 'relazione intenzionale' di somiglianza necessaria per la formazione di una coscienza intenzionale. Secondo Merleau-Ponty, la relazione empatica esiste in virtù di un legame di percezione, affettivo-emotivo, istantaneo con la corporeità dell'altro (Mazzotta, 2009). In tempi recenti, il concetto di empatia, grazie alla scoperta dei neuroni specchio e le implicazioni oltre che nelle neuroscienze anche educative e filosofiche, si è arricchito e consolidato nel suo significato. Rizzolatti, citato in Mazzotta (2009) conferma la relazione specchio con l'altro come spiegazione per l'atteggiamento empatico: il meccanismo dei neuroni specchio «[...] mostra quanto radicato e profondo sia il legame che ci unisce agli altri, ovvero quanto bizzarro sia concepire un io senza un noi»

Il Nursing richiede all'infermiere diversi gradi di coinvolgimento personale, l'integrazione di diverse forme di conoscenza e strategie, l'interpretazione e gestione delle proprie emozioni e la capacità di intraprendere un processo di co-costruzione di significati condivisi (Manara et al., 2014). Alcune ricerche hanno mostrato modelli di relazione, condivisi dagli infermieri in alcuni contesti ospedalieri, caratterizzati da una maggiore importanza accordata all'assertività piuttosto che all'empatia della relazione di cura; modelli di relazione nei quali il rapporto con l'altro è visto come un elemento di accompagnamento rispetto a un fare professionale che ruota soprattutto attorno a competenze tecniche (Pedrazza, 2008). Di contro, nel Nursing, visto come disciplina relazionale, lo stabilire relazione di cura assume i contorni di una vera e propria competenza (che può essere quindi anche acquisita) che richiede conoscenze e interpretazioni afferenti ad un campo specifico del sapere, non attribuibili solo a doti personali o caratteriali (Cunti, 2012).

In fondo, le pratiche di cura debbono allinearsi con i reali bisogni del paziente, che non sono soddisfatti solo da un approccio di diagnosi/cura della patologia organica; considerando la complessità dell'essere umano e i suoi aspetti fisico, mentale, emotivo e spirituale, non è possibile concepire cure infermieristiche ancorate solo al mondo biomedico (Saviato&Leão, 2016).

La soddisfazione lavorativa è un altro aspetto che viene osservato quando si affronta il discorso dello stress lavoro correlato, e viene definita come un atteggiamento verso il lavoro con caratteristiche emotivo/affettive (Marletta et al., 2014; Galletta et al., 2016). Cortese (2007) nello studio sulla soddisfazione al lavoro degli infermieri, la descrive come un sentimento di benessere derivante dalla percezione che l'attività professionale svolta consente di soddisfare bisogni e valori personali connessi al lavoro, realizzarne i motivi e raggiungere obiettivi di salute nel paziente.

A questo proposito, la ricerca in Italia mostra che il livello di soddisfazione al lavoro degli infermieri è basso, tra le cause emerse ci sono: le politiche organizzative, l'organizzazione stessa del lavoro, le relazioni medico-infermiere, le relazioni tra pari e le scarse possibilità di carriera (Sansoni et al., 2016; Cortese, 2014). Galletta et al. (2016) confermano l'influenza della qualità del rapporto infermiere-medico sulla soddisfazione lavorativa, mentre considerano quest'ultima un indice fondamentale per scoprire l'attaccamento o coinvolgimento del personale al team e al contesto organizzativo. Il livello di soddisfazione lavorativa è inoltre correlato con l'incidenza di burn-out, stress fisico e mentale oltre che al fenomeno dell'abbandono della professione (Cortese, 2014; Galletta et al., 2016).

Nella professione infermieristica, assieme alle caratteristiche appena elencate prende necessariamente spazio un'altra caratteristica fondamentale: l'atteggiamento compassionevole (Watson, 1997). Nella survey sui concetti e significati di compassione degli infermieri di 15 paesi diversi, Papadopoulos et al. (2017) utilizzano una definizione condivisa di questo concetto: "la compassione è una qualità umana di comprensione della sofferenza degli altri e il desiderio di volere fare qualcosa, utilizzando interventi infermieristici culturalmente appropriati e accettabili. Interventi che prendono in considerazione il background culturale del paziente e del curante nonché il contesto dove la cura viene erogata". Secondo Martha Nussbaum (2004) nel riflettere sulla cura ci troviamo dopotutto a riflettere su delle scelte di valore quali: il valore della cura compassionevole e quello della cura come guarigione. La cura compassionevole è presente nel momento in cui la persona considera la sofferenza dell'altro come una parte significativa del suo schema di fini e scopi (Nussbam, 2004). Un sentire la sofferenza altrui come una ferita al proprio progetto di vita, come un colpo alla propria stessa vulnerabilità, nel quale l'empatia è il motore fondamentale (Mazzotta, 2009).

La vulnerabilità dell'infermiere emerge nel conflitto del non poter erogare una cura come dovrebbe essere data o prevista; conflitto causato e amplificato da diversi fattori quali: la complessità del paziente, l'enfasi continua in modelli medici che supportano l'idea della guarigione sopra quella della cura e la percezione di non avere abbastanza tempo. La

continua esposizione a questi fattori e relativi conflitti interni può contribuire all'insorgere di una condizione definita come la 'fatica da compassione' o *compassion fatigue* nell'infermiere (Sabo, 2012). In questa sindrome si ha una perdita dell'abilità di 'aver cura' (to care), essenziale per offrire cure compassionevoli, o dell'energia necessaria per essere compassionevoli, utilizzata dall'infermiere; energia che viene a mancare nel tempo, senza potere di recupero, come se i normali "depositi di compassione" fossero ormai esauriti (Lombardo&Eyre, 2010). La *compassion fatigue* viene da un processo cumulativo e progressivo causato dal prolungato, intenso e continuo, contatto con i pazienti e allo stress percepito di non essere in grado di prendersene cura. Evolve da uno stato definito di 'compassion discomfort' il quale, se non affrontato con adeguato riposo, porta ad uno stress ulteriore fino ad arrivare ad un punto limite dal quale diventa difficile il recupero (Coetzee & Klopper, 2010). Oltre al citato esaurimento del 'potenziale di caring', secondo Adams et al. (2006) la *compassion fatigue* trova origine nei comportamenti ed emozioni conseguenti ad un evento traumatizzante vissuto da un'altra persona, ad esempio lo stress derivante dal sostenere e prendersi cura dei sopravvissuti a traumi o tragedie importanti. Infatti, in letteratura, questa sindrome, proprio per le sue caratteristiche di trauma vicario e sofferenza (per così dire) empatica viene definita anche come *stress traumatico secondario* (Adams et al. 2006). La difficoltà o perdita della capacità di essere compassionevole si manifesta lentamente e spesso in maniera subdola per poi arrivare ad esacerbarsi con drastici cambiamenti fisici, sociali, emotivi, spirituali ed intellettivi quali: attribuirsi eccessiva colpa, impossibilità nell'esprimere e identificare le proprie emozioni, isolamento, abuso di sostanze, atteggiamento compulsivo (shopping, betting etc.), scarsa igiene personale, costante preoccupazione, incubi o flashback ricorrenti di un evento traumatico, apatia e tristezza (Adams et al. 2006, Sabo, 2012).

La *compassion fatigue* è stata spesso paragonata alla più nota e studiata *sindrome del burn-out*. La ricerca sul *burn-out* ha preso avvio nell'ambito delle scienze sociali e psicologiche dai primi anni 70 (Maslach); diverse cornici concettuali (individuali, interpersonali, sociali e organizzative) hanno offerto interpretazioni del *burn-out* e assieme alla ricerca suggeriscono dei legami profondi, di questa sindrome, con il luogo di lavoro e l'ambiente organizzativo (Sabo, 2012). Il *burn-out* viene descritto come stato di esaurimento fisico ed emotivo, caratterizzato da una serie di sintomi e comportamenti legati alla relazione con il proprio lavoro, quali: diminuito impegno, assenza di emozioni e minor adattamento (Maslach, Leiter & Schaufeli, 2008). La ricerca ultimamente supporta, come spiegazione del *burn-out*, sei motivi legati alla vita lavorativa quali: il carico di lavoro, la mancanza di riconoscimento, mancanza di una comunità, mancanza di giustizia, mancanza di controllo e un conflitto di valori (Sabo, 2012). In tal senso il *burn-out* diventa una sindrome che contribuisce allo stress lavoro-correlato, pertanto non più esclusiva delle professioni d'aiuto, in quanto può interessare potenzialmente ogni luogo di lavoro e ogni lavoratore in quanto causato da aspetti diversi strettamente connessi con l'organizzazione e l'ambiente di lavoro (INAIL, 2017). Il *burn-out* ha forti correlazioni con la soddisfazione lavorativa (job satisfaction), infatti quest'ultima dimensione viene spesso utilizzata nelle ricerche associandone la misura con quella dello stress lavoro-correlato (Maslach, Leiter &

Schaufeli, 2008; Kamisha et al.,2016). Gli infermieri che lavorano in aree quali: le terapie intensive, psichiatria, pediatria e oncologia; sono risultati i più fragili e predisposti allo stress lavoro-correlato (Cortese et al., 2013; Kamisha et al.,2016).

Il burn-out e la compassion fatigue hanno dei sintomi simili, ma osservandone le caratteristiche si possono notare delle differenze importanti quali: il tipo di personale coinvolto, l'approccio terapeutico, i tempi d'insorgenza e le relazioni con l'ambiente lavorativo. Il burn-out interessa tutto il mondo del lavoro, la compassion fatigue è specifica delle professioni di cura. Infatti, per far fronte al burn-out è necessario porre attenzione a variabili organizzative come carichi di lavoro e rapporto paziente/infermiere, mentre la compassion fatigue richiede interventi che vanno a guardare le capacità individuali di coping, le abilità personali e psicologiche nella relazione di cura (Coetzee & Klopper, 2010). Anche la manifestazione e insorgenza delle sindromi è diversa: se la compassion fatigue ha un'insorgenza generalmente improvvisa in quanto legata a uno o specifici eventi (es. esperienza traumatica di uno specifico paziente), il burn-out si sviluppa più gradualmente sotto l'influenza di molteplici fattori relazionali e organizzativi (Sabo, 2012). Un ulteriore aspetto è quello che vede il burn-out come risposta comportamentale e adattiva allo stress, mentre la compassion fatigue rientra piuttosto nella sfera dei traumi emotivi. Ad oggi è interessante notare che, mentre è accettata la relazione profonda tra le due sindromi, non è stato ancora trovato un accordo se tra le due sindromi ci sia una consequenzialità. A tal proposito, alcune ricerche pongono la compassion fatigue come evento che può precedere e/o favorire l'insorgere del burn-out (Smart et al., 2014; Adams et al., 2006) mentre altre collocano il burn-out come un outcome principale dello stress lavoro-correlato che può anche virare o rendere possibili le condizioni della comparsa di compassion fatigue. Nonostante queste considerazioni, la 'pista' che dopotutto sembra essere condivisa è quella che vede il burn-out come condizione che porta a rivedere la relazione individuo-lavoro mentre la compassion fatigue alla relazione curante-paziente. In ultimo, tornando a Martha Nussbaum e ai valori di cura, quando un sistema sanitario pone maggior valore nelle proposte di cura come guarigione a scapito del *care*, si è più preoccupati al guarire a tutti i costi anziché prendersi cura, pertanto possono presentarsi delle situazioni cliniche definite di futilità. Esiste il rischio di lasciare un'impronta durevole negli infermieri coinvolti in questo curare, diventato futile, che porta ad esaurire il proprio potenziale compassionevole (Sabo, 2012).

2.3 Strategie per prevenire lo stress lavoro-correlato nelle organizzazioni

Lo stress lavoro-correlato, il burn-out e la compassion fatigue hanno un peso economico importante per il sistema sanitario nazionale nei termini di assenteismo, periodi di malattia, rischio d'infortuni fino ad arrivare a invalidità; inoltre hanno un'influenza determinante per la qualità delle cure erogate al paziente (INAIL, 2017). Nel Regno Unito, in una review sulle maggiori problematiche nelle cure ospedaliere è emerso che dove c'è uno staff infermieristico demotivato e a rischio di burn-out, aumentano le segnalazioni e denunce dei pazienti sulla qualità della degenza (Kinman&Leggetter, 2016).

In Europa, da una survey del 2014 risulta che il 25% dei lavoratori di diverse categorie, sostiene di soffrire di stress legato all'attività lavorativa per tutto o per la maggior parte dell'orario di lavoro, mentre riferisce che l'attività lavorativa ha un impatto negativo sulla propria salute (FIASO, 2015). Dal rapporto OASI (2017) emerge un panorama italiano della sanità pubblica con un percentuale di inidoneità al lavoro del 11,8% (più di 1 su 10 infermieri e operatori della salute); inidoneità legate anche a stress lavoro-correlato (per quasi il 20%).

In Italia, il decreto legislativo n. 81 del 2008 sancisce che "La valutazione dei rischi deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui quelli associati allo stress lavoro-correlato..."¹⁸. Questo decreto (oggetto di diverse revisioni fino al 2017) sulla prevenzione primaria del rischio correlato al lavoro ha permesso l'attuazione di iniziative correttive o preventive tese a ridurre le diverse criticità, in tutto il sistema sanitario. La tematica dello stress lavoro-correlato, portata in evidenza dal decreto, ha permesso alle strutture sanitarie di organizzare interventi di prevenzione mirati a sostenere il personale, gruppi o aree di lavoro particolarmente a rischio o che presenta disturbi conclamati di stress e/o sindrome di burn-out (Giordano et al., 2014).

La letteratura riconosce, come tipologie d'intervento per lo stress lavoro-correlato: i cambiamenti organizzativi che mirano a diminuire le condizioni di rischio (orari di lavoro, turnover, complessità assistenziale, possibilità di carriera etc.), la promozione di ambienti lavorativi con clima relazionale positivo, rinforzare la capacità di gestione delle potenziali situazioni di disagio e una cultura che supporta sane abitudini di cura individuale (Adams et al. 2006; Khamisa et al., 2016; Munir et al., 2012; Maslach, Leiter and Schaufeli, 2008). Alcuni studi hanno trovato un legame tra i disturbi del sonno e burn-out, dimostrando quanto gli infermieri che lavorano prevalentemente la notte ed hanno una bassa qualità del sonno, sono più a rischio di andare incontro a sindromi come burn-out e compassion fatigue (Smart et al. 2014; Cortese et al. 2013; Bellandi et al., 2017). Portare una maggior attenzione al riposo e alle modalità di recupero post-turno degli infermieri risulta infatti essere tra le misure preventive raccomandate e presenti sulle agende aziendali (Cortese et al., 2013).

Numerose realtà sanitarie hanno introdotto, nei termini di progetti e spazi dedicati all'ascolto, una prima risposta ad accesso immediato, rivolto a tutto il personale con disagio psicologico connesso all'attività lavorativa (FIASO, 2015). L'idea guida degli sportelli o

¹⁸Decreto legislativo n. 81 del 2008. Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro (rev. 2017) disponibile da: <https://www.ispettorato.gov.it/it-it/Pagine/default.aspx>

spazi psicologici nelle aziende sanitarie è quella di promuovere il benessere dell'infermiere facilitando lo sviluppo di competenze psicosociali e strumenti per affrontare la situazione di stress, o di indirizzare ai servizi preposti coloro che manifestano un disagio psicologico che richiede risposte terapeutiche più complesse. In questo senso ogni regione si è attivata per promuovere benessere lavorativo integrando il supporto psicologico individuale e di gruppo. Il laboratorio per il progetto "Benessere lavorativo" di FIASO (2015) condotto in 19 Asl italiane per circa 65mila lavoratori ha introdotto (tra le numerose iniziative) lo sportello di aiuto psicologico. Altre realtà italiane regionali hanno attivato progetti di promozione del benessere psicosociale, all'interno dei programmi per il miglioramento del clima e cultura organizzative, tra i tanti:

il programma regionale "Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia" che coinvolge numerose aziende che aderiscono, per la realizzazione di buone pratiche efficaci nel campo della promozione della salute; il Piemonte con delibera regionale istituisce la "Rete Regionale di Psicologia" che ha tra i suoi obiettivi quello di sostenere le azioni finalizzate alla prevenzione dei rischi psico-sociali e allo sviluppo della salute organizzativa¹⁹.

2.3.1 Formare per prevenire lo stress lavoro correlato e il burn-out

In letteratura, assieme alle misure che le aziende possono adottare per cambiare il clima organizzativo e promuovere il benessere psico-sociale, vengono suggeriti fattori preventivi indirizzati a rafforzare le capacità individuali e/o pratiche di riduzione dello stress, quali: esercizio fisico, meditazione, mindfulness, medicina narrativa, briefing, comunicazione assertiva, time management e anche regolare pratica spirituale o religiosa (Smart et al. 2014; Virzì, 2011).

Nel Decreto legislativo n. 81 del 2008, gli interventi di prevenzione (detti secondari) sono finalizzati soprattutto a rafforzare la capacità di adattamento delle persone; sono interventi centrati soprattutto su attività di informazione e di formazione (Arcuri, 2009). Secondo Pedrazza (2008) le aziende sanitarie dovrebbero sviluppare in modo sistematico e trasversale, modelli di formazione che rendano consapevoli i soggetti dei percorsi spesso automatici della comunicazione e relazione con il paziente. Quindi, proporre percorsi che mirano alla consapevolezza, ai processi di auto-osservazione e di auto-monitoraggio e di attenzione alle variabili di personalità e ai processi psico-sociali. In fondo, una formazione degli infermieri, con riferimento a modelli relazionali con l'utenza, basati sull'ascolto, sul valore attribuito all'empatia, alla cura e all'accudimento (Pedrazza, 2008).

Gli interventi sono orientati anche a promuovere direttamente comportamenti e stati d'animo positivi mediante corsi di formazione e/o attività di gruppo centrati sulla costruzione del benessere relazionale in azienda; l'efficacia degli interventi sul gruppo è

¹⁹ D.G.R. 20 Aprile 2017, n. 31-4912 S.S.R. - Istituzione della Rete Regionale di Psicologia per l'organizzazione dell'area della Psicologia sanitaria piemontese nell'ambito del riordino delle reti ospedaliere e territoriali delle Aziende Sanitarie Regionali. Disponibile da: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2017/20/siste/00000181.htm>

garantita dal supporto reciproco e nell'individuare nuove soluzioni personali e organizzative (Giordano et al., 2014).

In Italia, l'energia e spazio dedicati alla prevenzione dello stress lavoro-correlato è una realtà consolidata; l'attuazione del decreto n.81 del 2008 e le sue successive revisioni hanno legittimato e permesso l'introduzione di formazioni, nelle aziende sanitarie, più attente ai vissuti ed esperienza dell'infermiere. Il Sistema Sanitario Nazionale, accanto alle formazioni per la prevenzione dello stress lavoro-correlato, prevede un modello di educazione continua per tutti gli operatori della salute con l'obiettivo generale di fornire ai cittadini la miglior assistenza, regolato da accordi stato/regioni e gestito da enti specifici ²⁰. Le aziende sanitarie, nel rendere operativi i piani strategici del ministero della salute e le indicazioni regionali sull'educazione in sanità, creano a loro volta dei piani formativi aziendali annuali nei quali trova spazio sia la formazione tecnica per costruire specifiche competenze che una formazione con esperienze di supporto e prevenzione (Regione Lazio, 2016). I diversi attori ed enti coinvolti, nonché le differenze di budget tra regioni rendono la formazione relativa allo stress lavoro correlato un fenomeno di non facile mappatura. Inoltre, gli enti responsabili dell'accreditamento di corsi in sanità possono fornire informazioni sui corsi in generale ma non possono stabilire in modo specifico la natura od orientamento delle proposte di formazione indirizzate allo stress da lavoro-correlato (AGENAS, 2017).

Nella costruzione e proposta di una formazione a sostegno del benessere psico-sociale, dell'operatore della salute, è sempre prevista una valutazione del rischio (a seguito di un evento sentinella, di una segnalazione etc.) dello stress lavoro-correlato di un gruppo o area, in modo che possa fornire indicazioni e obiettivi precisi per l'intervento (Cortese et al., 2013). Le diverse combinazioni di proposte formative possono essere mirate sia all'intervento specifico di informazione e/o di supporto ma anche a fornire strumenti al personale per far fronte, comprendere e prevenire lo stress lavoro-correlato. Nel simposio dell'Istituto Superiore di Sanità dal titolo "Nuove strategie per gli interventi di prevenzione dello stress da lavoro" (Sassari, luglio 2015) sono stati presentati progetti, ricerche ed esperienze di buone prassi finalizzate al miglioramento della vita lavorativa e la sperimentazione di interventi e azioni mirate ad aumentare la partecipazione attiva da parte del personale delle organizzazioni. Uno dei progetti presentati ha mostrato come un intervento nato da una valutazione dello stress abbia portato miglioramento nelle persone coinvolte e che, oltre a migliorare l'attività lavorativa, ha facilitato il dialogo con i ruoli gestionali e manageriali (Magrini, 2015).

Un progetto multidisciplinare (ha coinvolto le aree di Medicina del Lavoro, Psicologia e Psichiatria, Direzione Infermieristica) sviluppato nell'Area di Ematologia del Policlinico di Tor Vergata di Roma, nel quale, assieme all'esigenza di supportare psicologicamente i pazienti e i familiari è stata attivata una formazione per il personale. Una formazione

²⁰ Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento «La formazione continua nel settore salute». Disponibile da: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/11/23/17A07862/sg>

speciale indirizzata prima a verificare lo stato di salute psicosociale del personale (processo della valutazione dello stress) per poi proporre interventi mensili relativi a comunicazione, ascolto attivo, relazione empatica, tecniche di gestione dello stress, gestione delle emozioni, prevenzione del rischio di burn-out e motivazione.

2.3.2 Formazione e pratica del massaggio come prevenzione del burn-out e compassion fatigue

L'osservare i diversi stili di entrare in contatto (come è stato visto nel primo capitolo) degli infermieri ha portato a ipotesi su quanto le diverse predisposizioni possano avere un effetto nella relazione di cura. Tuttavia, esistono pochi studi che si interessano delle forme di contatto e massaggio offerto dall'infermiere al paziente e ancor più come forma di prevenzione dello stress lavoro-correlato.

Uno studio italiano (Pedrazza et al., 2015) ha trovato correlazione su quanto l'essere a proprio agio nel contatto, da parte del personale infermieristico, è associato con un maggior benessere lavorativo. Lo studio di Pedrazza et al. (2015) su infermieri, benessere organizzativo e agio al contatto, segue 241 infermieri partecipanti a un corso di aggiornamento aziendale sulla gestione del dolore. In questo studio quantitativo vengono ipotizzati legami tra predisposizione al contatto nel contesto clinico e benessere lavorativo. Gli strumenti utilizzati sono una scala di agio/disagio al contatto (Comfort with Touch Scale), il Maslach Burnout Inventory e una scala di Job Satisfaction. I risultati indicano che c'è una relazione positiva tra l'agio al contatto e il benessere lavorativo, mentre suggeriscono che un disagio nel contatto sia legato al burn-out e a una bassa job satisfaction; nello specifico alte probabilità (per il modello ipotizzato) di una forte relazione tra difficoltà di contatto per fornire supporto emotivo e cinismo, come componente del burn-out (Pedrazza et al. 2015). Il massaggio è stato già detto che è la forma di cura complementare infermieristica più frequente negli studi sugli effetti di questa pratica, dalle molteplici applicazioni, con risultati ormai noti di riduzione dell'ansia e stress, miglioramento della qualità del sonno e diminuzione del dolore (Field, 2014).

La presenza di questa pratica intuitiva, di facile applicazione, nel nursing ha radici lontane. Bisogna ricordare che fu proprio Florence Nightingale (1820-1910) ad inserire il massaggio nelle scuole di nursing, come competenza base per le infermiere. Ancor prima dei progressi scientifici nell'analgesia o della nascita di tecniche riabilitative fisioterapiche, esistevano le manovre infermieristiche per fornire comfort al paziente, tra queste, il massaggio aveva un posto d'onore (Ruffin, 2011). Nei stessi testi italiani di ciò che sarebbe poi diventata la materia di scienze infermieristiche esisteva l'insegnamento del massaggio, sia previsto nella mobilitazione che per dare sollievo durante il rifacimento del letto e cure igieniche (Rocco et al., 2015).

Integrare il massaggio e forme di contatto gentile e intenzionale, nella cura del comfort alla persona rappresenta un'opportunità per riportare l'assistenza a una dimensione più umana e accogliente (Connor&Howett, 2009). Durante le cure igieniche, la speciale attenzione al proprio stile di contatto e gestualità nell'avvicinarsi all'intimità dell'altro, permette all'infermiere di trovare e di 'ridefinire' i contorni dello spazio relazionale con chi sta assistendo (Prayez&Savatofski, 2009).

Tra le ricerche che osservano le potenzialità e l'effetto di una formazione infermieristica al massaggio sul burn-out, compassion fatigue e benessere lavorativo, emerge uno studio statunitense su gli infermieri che hanno seguito un training in tecniche di massaggio. In un trust di 4 ospedali, circa 30 infermieri si sono impegnati a massaggiare i loro pazienti appena fosse stato possibile, in un periodo di 8 settimane. Gli infermieri hanno compilato due questionari, rispettivamente: ProQool- strumento validato per misurare la compassion satisfaction, il burnout e lo stress percepito; CAS - scala per misurare il Caring percepito (Wilson et al., 2016). Lo studio ha dato risultati nella direzione di una migliore job satisfaction e di una diminuzione della *compassion fatigue* negli infermieri che hanno massaggiato di più; inoltre è stata trovata una relazione positiva significativa tra la scala di Caring e la compassion satisfaction mentre una relazione inversa tra i valori di Caring e Burnout. Gli infermieri che hanno partecipato al progetto hanno riportato un maggior senso della professione, il massaggio ha permesso loro di avvicinarsi al paziente in maniera diversa.

2.3.3 Gruppo “Affettività delle Cure Infermieristiche”: una comunità di pratica del contatto e del Caring

La Sanità pubblica dai primi anni del nuovo secolo e in diversi contesti (nazionale ed internazionale) ha iniziato ad investire nella costruzione di Comunità di Pratica Infermieristiche. Le Comunità di Pratica (CdP) vengono definite come gruppi di professionisti che interagiscono, si interfacciano collaborando e cooperando costantemente, per il raggiungimento di un obiettivo specifico. Il termine e concetto di CdP è stato coniato da Etienne Wenger (2006) ed ha goduto (dai primi anni novanta ad oggi) di diverse evoluzioni, arricchendosi gradualmente delle nuove ricerche, esperienze e studi, nel campo delle scienze sociali e teorie dell'apprendimento. Wenger, quale scienziato sociale, ha potuto delineare il suo costrutto teorico osservando i fenomeni legati alla conoscenza e alla sua trasmissione nei contesti organizzativi.

Secondo Wenger e i suoi colleghi, il coltivare attivamente e sistematicamente queste modalità di apprendimento situato è per le organizzazioni fonte di miglioramento e crescita (2008). Le organizzazioni sanitarie, adottando le CdP non soltanto possono gestire efficacemente la conoscenza ma anche migliorare la vita lavorativa dell'operatore, il benessere del paziente e le performance organizzative. Infatti, nel piano del sistema sanitario inglese (NHS, 2011-2017)²¹ a seguito della carenza di fondi e nel cercare di fornire comunque un'assistenza di alto livello, viene data indicazione di adottare nuove strategie per migliorare le performance organizzative; tra queste quella di coltivare CdP, incoraggiando e dando le risorse per averne cura e il giusto supporto a professionisti e manager.

²¹ NHS. The knowledge network (2018) About Communities of Practice. disponibile al sito: <http://www.knowledge.scot.nhs.uk/developandsupportcommunities/about-communities-of-practice.aspx>

La Fondazione Policlinico Tor Vergata di Roma (PTV) dal 2007, ospita una vera e propria CdP infermieristica: il gruppo “Affettività delle Cure Infermieristiche”. Gruppo di infermieri che coltiva la pratica del massaggio integrandolo nelle pratiche assistenziali e che si occupa di formare e sensibilizzare gli infermieri e tutto il personale della struttura, che voglia affinare il proprio gesto di cura (De Luca & Papaleo, 2010). Il gruppo “Affettività delle Cure Infermieristiche” è nato in maniera spontanea dal desiderio di alcuni infermieri, provenienti da diverse aree, i quali, dopo aver partecipato a un workshop esperienziale sulla relazione (offerto dallo stesso ospedale), decidono di creare uno spazio dove potersi confrontare sulle tematiche della relazione, dell’assistenza e del caring. Dall’esperienza del workshop, il gruppo decide di sperimentare le possibilità che offrono il massaggio e il contatto quali spunti per riflessioni sulle pratiche infermieristiche. Negli anni, la comunità del contatto si consolida e struttura, diventando una presenza conosciuta ed accettata dal personale (anche medico) del PTV; il gruppo fa dello scambio del massaggio e della formazione, la propria pratica, della quale si “alimenta e definisce” (Wenger, 2008).

Nel 2014 il gruppo viene riconosciuto formalmente attraverso una delibera aziendale, rappresentando un passaggio importante (e unico in Italia) di riconoscimento di una competenza infermieristica relazionale. Infatti, la pratica del massaggio (con la modalità del Caring Massage®) viene richiesta attraverso il sistema come consulenza infermieristica e, dopo un colloquio e firma al consenso, il paziente viene preso in carico dal gruppo, il quale provvederà ad offrire il trattamento di massaggio nelle modalità e tempi concordati. Il massaggio è un momento di contatto speciale con il paziente, che oltre ai riconosciuti benefici fisici costituisce un’opportunità d’incontro, andando a migliorare la comunicazione, la fiducia nel curante e le percezioni del caring infermieristico (Field, 2014; Watson, 2013).

Un passo importante nel riconoscimento di una competenza che non riguarda prettamente la sfera tecnico/operativa della professione infermieristica ma piuttosto quella della relazione e per esteso dell’umanizzazione delle cure. Il termine affettività che si affaccia nel nome del gruppo va a sottolineare la caratteristica del gesto e dell’incontro con il mondo emotivo dell’altro in un contesto di cure infermieristiche; il contatto in questa modalità affettiva è un contatto rispettoso, non giudicante, che conferma l’altro attraverso movimenti lenti e avvolgenti, che sottolineano una presenza diversa dell’infermiere rispetto alla routine del ricovero con i suoi tocchi spesso strumentali e depersonalizzanti (Veldman, 2001).

Il gruppo, una volta l’anno, con l’obiettivo di diffondere la pratica del massaggio e possibilmente di reclutare nuovi membri, tiene un corso base di Caring Massage® per il personale infermieristico del PTV. Il corso ha le caratteristiche di una ‘formazione sul campo’ ovvero un modello di trasmissione e costruzione della conoscenza, che prende vita all’interno dell’attività lavorativa e della realtà organizzativa, che valorizza la condivisione delle pratiche vissute ed apprese (Alastra et al. 2010). Questo modello formativo consente ancor più di mettere al servizio della costruzione di conoscenza nell’organizzazione, le risorse e le competenze (spesso anche ‘tacite’) di chi vi partecipa. Infatti, la formazione sul

campo che il gruppo 'Affettività delle Cure Infermieristiche' propone ha caratteristiche che ne aumentano e stabilizzano il potenziale d'apprendimento dell'evento, quali: l'apprendimento tra pari (peer to peer), integrazione degli aspetti cinestesici con altri canali cognitivi (attività pratica/esperienziale del massaggio), condivisione e sistematizzazione dei vissuti attraverso dispositivi riflessivi e infine, un modello di valutazione ed accreditamento *'on the bed'* (con supervisione di un infermiere esperto).

CAPITOLO TERZO

Progetto e scopi della ricerca

3.1. Struttura, evoluzione e processo di costruzione del progetto.

Il presente progetto di ricerca dottorale ha preso spunto dalle esperienze di formazione aziendale che hanno avuto luogo in diverse realtà sanitarie nazionali ed aventi come obiettivo la sensibilizzazione del personale infermieristico alla tematica del contatto, nel contesto di cura. Tra le realtà dove questa tipologia di progetto di formazione ha avuto modo di svilupparsi, contribuendo a costruire e a sostenere una pratica infermieristica, c'è il Policlinico Tor Vergata (PTV) di Roma.

Nel precedente capitolo è stata descritta una vera e propria comunità di pratica infermieristica (unico esempio in sanità pubblica), riconosciuta con delibera aziendale, che diffonde la cultura del contatto, sensibilizza il personale e insegna una modalità di massaggio agli infermieri (denominata Caring Massage®) che viene offerta a tutti i degenti che ne fanno richiesta (De Luca&Papaleo, 2010).

Nei due precedenti capitoli è stata affrontata ed esposta la tematica del corpo e del contatto nei contesti di cura per poi andare ad esplorare come e quanto il contatto interessi la professione infermieristica. È stato già detto quanto nei luoghi di cura il contatto interpersonale abbia potenzialità riconosciute e al contempo inesplorate, che possono condurre ad aspetti della relazione infermiere-paziente (e di tutte le professioni sanitarie) da riconoscere ed esplorare. Di contro, emergono sempre più voci riguardo il rischio di smarrire l'essenza della cura riducendola a mera tecnica.

Russo (2001) parla di un legame debole tra “prendersi cura e *techne medica*” che è sempre a rischio, richiamando le concezioni dell'antica medicina greca per cui c'era un vincolo (ed un dialogo) nelle prassi di cura tra *philanthropia* e *philotechnia*. Le ragioni strumentali della specializzazione, della burocratizzazione e dell'aziendalizzazione della salute portano con sé il rischio di restituire un'idea di cura anonima e asettica, estranea al mondo emotivo della persona (Borgna, 2013). Nonostante ciò, sono diverse le discipline che hanno come obiettivo quello di riavvicinare le ragioni del curare (*curing*) e le istanze del prendersi cura (*caring*), sostenute negli ultimi decenni dallo sviluppo sempre più significativo delle *medical humanities*²² (Bruzzone, 2014).

La relazione infermiere-paziente (come è già accaduto per il medico) potrebbe evolvere nella direzione di un rapporto contrattualistico, per cui nelle 'aziende sanitarie' ormai attente alle politiche di budget, la merce di scambio (la cura della salute) viene proposta a un utente passivo, un soggetto vulnerabile e con minor capacità decisionale (Illich, 2004). In

²² Le *Medical Humanities* nascono negli anni Sessanta negli Stati Uniti come movimento di opinione, guidato da una preoccupazione per la tendenza sempre più accentuata in medicina a separare il protocollo tecnico dai diversi bisogni del paziente (Bevilacqua, 2014).

Nei decenni successivi, le *Medical Humanities* sono state generalmente percepite e considerate come tutto ciò che riguarda la comprensione dell'uomo attraverso le scienze umane e sono state progressivamente introdotte nei *curricula universitari*, in stretto collegamento con la bioetica (Zannini, 2008).

questo contesto, nascono i progetti per proporre ed implementare una *umanizzazione delle cure* che possa riavvicinare il professionista al vissuto esperienziale di chi si affida a un sistema, prevalentemente regolato dalle logiche dell'efficienza a volte fredde e impersonali. In questa cornice si colloca la formazione al contatto per l'infermiere che viene proposta in diversi setting ospedalieri italiani, con una storia tortuosa e discontinua, da circa venti anni e poi approdata al PTV nel 2006.

Dalla mia esperienza personale di formatore e infermiere emergono le domande e le ipotesi che hanno portato alla costruzione del progetto di ricerca.

Un progetto di formazione in sanità che propone un approccio al contatto interpersonale dove il focus è dopotutto un processo di umanizzazione delle cure, può fornire all'infermiere strumenti e risorse per migliorare la relazione con il paziente?

E ancora, se l'acquire strumenti e risorse per migliorare il contatto con il paziente permette all'infermiere di interrogarsi, nel rivedere le proprie pratiche di cura, sulle proprie predisposizioni al contatto?

E in ultimo, se l'atto stesso di ricollocare e definire le modalità di entrare in contatto può favorire anche la ridefinizione di competenze finora implicite dell'agire infermieristico.

3.1.1 Elaborazione delle ipotesi di ricerca

Alla luce della cornice teorica introdotta, lo studio s'interroga sulle interpretazioni del contatto in un gruppo di infermieri di diverse aziende sanitarie italiane, esposti e non esposti ad una formazione specifica tesa a sensibilizzare alla tematica del contatto. In particolare, lo studio indaga i livelli di comfort /agio – discomfort/disagio degli infermieri rispetto al contatto, esaminandoli attraverso misure quantitative (scale) e qualitative (focus group), e distinguendo quanto questi varino in relazione alla esposizione del gruppo alla formazione. Lo studio si propone pertanto di:

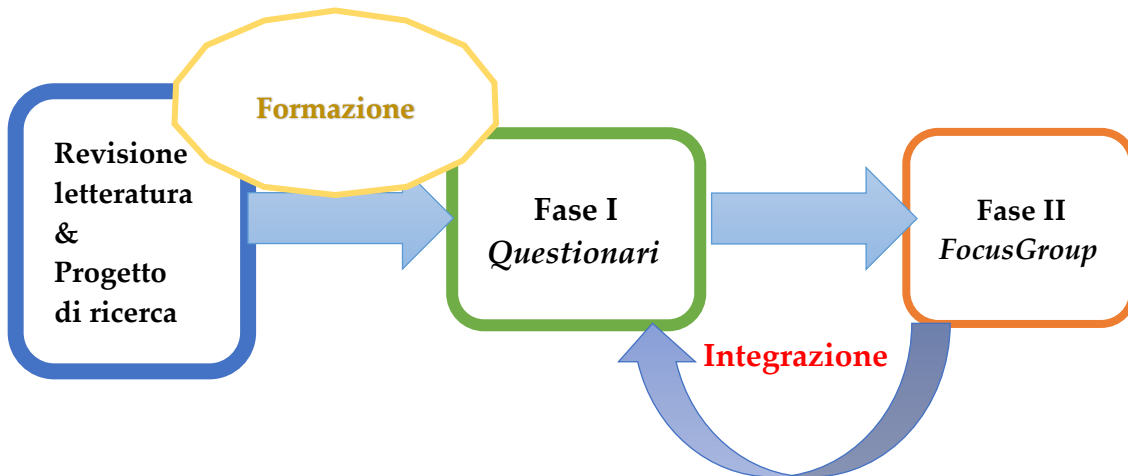
- 1 indagare gli effetti post-formazione sugli atteggiamenti degli infermieri di agio o disagio nei confronti del contatto nel contesto di cura;
- 2 indagare i cambiamenti nei comportamenti di Caring degli infermieri;
- 3 indagare quali sono le rappresentazioni discorsive sul contatto (ordinarie e professionali) in gruppi di infermieri a composizione mista (composti da chi ha seguito la sensibilizzazione e chi non l'ha seguita).

3.2 Metodi e strumenti

La ricerca, seguendo un disegno con metodologia *mixed method*, ha visto due fasi di studio distinte; che sono andate ad integrarsi nel processo di comprensione, interpretazione e conclusione del lavoro (fig. 1). La ricerca ha coinvolto, nelle due fasi, gli infermieri dei diversi centri nei quali si è svolta la formazione: Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle (Cuneo), Ospedale Misericordia di Grosseto, Ospedale Sant'Andrea (Roma), Ospedale IFO (Roma) e Università di Parma (Master Infermieristico di primo livello in Cure Palliative e terapia del dolore).

La formazione-intervento si è svolta nell'arco di circa sei mesi, in sei eventi formativi aziendali (di 6 ore ciascuno) aventi appunto come obiettivo la sensibilizzazione al contatto nella relazione di cura e rivolta nello specifico agli infermieri.

Fig.1 Struttura del disegno di ricerca



3.3 Partecipanti al progetto

I partecipanti alla ricerca sono il gruppo degli infermieri che ha preso parte alla giornata di formazione e un gruppo di infermieri che non hanno partecipato (uguali numericamente). Si tratta di campioni di convenienza, essendo i corsi destinati a tutti gli infermieri di tutte le aree; mentre la scelta di iscriversi alla giornata è totalmente personale (verrà preso in considerazione nei dati socio-demografici l'invio, se spontaneo o suggerito, all'iscrizione).

3.4 Struttura dell'indagine empirica: l'effetto della formazione al contatto

Questa prima fase comprende la rilevazione dei dati attraverso la somministrazione di questionari allo scopo di rilevare e comparare i comportamenti di Caring infermieristico e gli atteggiamenti di agio/disagio al contatto degli infermieri esposti e non a una giornata di formazione. A tale scopo è stata progettata una raccolta dati in due gruppi e in tre momenti diversi, nello specifico: un pre-test a tempo zero (t0) e due post-test a una settimana (t1) e due settimane (t2) dalla formazione.

I due gruppi non omogenei (fattore preso in considerazione ai fini dei limiti della ricerca) sono costituiti da:

- un gruppo denominato 'gruppo formati' ovvero il campione di convenienza di infermieri che hanno partecipato all'evento formativo;
- un gruppo denominato 'gruppo non formati' ovvero un gruppo di infermieri non partecipanti ma impiegati nella stessa azienda nella quale si è svolta la formazione.

Quest'ultimo gruppo è stato composto con l'aiuto del coordinamento infermieristico, andando di volta in volta a cercare di reclutare partecipanti tra le aree dove non erano state progettate formazioni sul contatto precedenti, o con infermieri/e che non avevano avuto ancora accesso alla formazione.

3.4.1 Strumenti di misura: Scala di agio/disagio al contatto e il Caring Behaviour Inventory (CBIta)

Gli strumenti scelti per lo studio sono i seguenti:

- 1 *Comfort with touch scale (scala di agio/disagio al contatto)*, scala già validata e utilizzata in ambiti sanitari italiani attraverso diversi studi dai docenti della facoltà di psicologia sociale dell'Università di Verona (Pedrazza et al., 2014, 2015, 2017). Il questionario è composto 23 item, ciascun item misura su una scala Likert da 1. Per nulla a 7-Moltissimo, gli atteggiamenti di agio/disagio al contatto nelle diverse situazioni cliniche; suddiviso in cinque sotto-dimensioni per descrivere quando il contatto è esercitato per eseguire un compito, per dare comfort fisico o per contenimento emotivo.
- 2 *Caring Behaviour Inventory versione Italiana (CBIta)*, uno dei questionari più utilizzati in ambito internazionale per la misurazione del comportamento di caring e ora validato in Italia (Tomietto et al., 2014). Il CBIta è un questionario con ottima affidabilità (α di Cronbach = 0,80) composto da 24 item valutati su scala likert che va da 1-Mai a 6-Sempre. In questo strumento, il Caring è suddiviso in quattro fattori che ne abbracciano gli aspetti relazionali, emotivi e di performance, ovvero "assicurare presenza" (8 item), "conoscenze e competenze professionali" (5 item), "rispetto" (6 item) e "attenzione all'esperienza altrui" (5 item).

3.4.2 Raccolta dati con i questionari

I questionari sono stati somministrati in forma cartacea (vedi Allegato) per la prima parte della ricerca (la raccolta nei due gruppi a tempo zero) mentre per le altre due somministrazioni è stata utilizzata la forma on line (attraverso la survey online SurveyMonkey). Il gruppo dei formati ha compilato (dopo una introduzione allo studio) i questionari ad inizio formazione, mentre sono stati contattati nelle susseguenti due settimane per la compilazione post. Il gruppo dei non formati ha compilato il questionario

nella fase pre (+/- 1 giorno) negli stessi tempi del gruppo dei formati. Nelle realtà lavorative dove non è stato possibile contattare personalmente il gruppo dei non formati (ad esempio gli infermieri del Master di Parma) un coordinatore infermieristico d'area si è occupato di raccogliere le adesioni e di fornire i dati e permesso, per poi contattare nelle fasi t1 e t2 direttamente gli interessati.

3.5 Progettazione dei Focus group

La seconda fase dello studio ha previsto l'allestimento di 6 focus group al fine di raccogliere le interpretazioni, i concetti sul contatto nel contesto di cura degli infermieri ha permesso di mettere a punto e confrontarne le definizioni, eventuali ambiguità e limiti. Sono stati effettuati 6 incontri in tre ospedali diversi con gruppi di infermieri rispettivamente del gruppo formati e non formati. Il Focus group è stato moderato dal ricercatore con la presenza di un osservatore (un infermiere con esperienza di ricerca e di raccolta dati). Gli incontri sono stati audio registrati. I partecipanti hanno firmato un modulo di consenso informato alla registrazione e alla partecipazione al focus mentre un'autorizzazione specifica è stata richiesta (volta per volta) all'organizzazione ospitante.

Tab 1. Domande presentate al focus group

Percorso professionale e spazio del contatto nel proprio lavoro.

Potreste raccontare lo spazio che occupa il contatto interpersonale nella vostra professione, ruolo o area?

Discussione Item Questionari

Ora andremo a rivedere insieme degli item del questionario (che avete compilato qualche mese fa) che sono stati importanti nelle analisi. Potreste commentare e spiegare le vostre risposte a queste domande?

Episodio positivo e negativo

Potreste raccontare un episodio dove il contatto con il paziente è stato significativo per voi? In particolare, un episodio negativo e uno positivo, se c'è?

Parola di chiusura

In chiusura, una parola (o più) per definire cos'è il contatto per voi.

I partecipanti sono stati in media sei ad ogni incontro, mentre gli incontri stessi sono durati circa un'ora e mezza. Il tema dell'incontro è stato introdotto dal moderatore chiedendo ai partecipanti di descrivere le loro opinioni, idee ed esperienze sul contatto nel

contesto di cura. Al fine di raccogliere ulteriori testimonianze si è proceduto con il presentare al gruppo quegli item che nei questionari avevano dato, nei risultati preliminari risposte controverse, rendendole oggetto di discussione nel gruppo (Tab.1).

Alla conclusione del focus group è stata formulata una domanda per stimolare il racconto di un episodio sul contatto nel contesto assistenziale. Secondo Krueger e Casey (2009) è proprio nell'ultima parte del focus group che i partecipanti in genere cominciano a far emergere più informazioni.

La domanda/stimolo (già utilizzata come domanda aperta e conclusiva di una survey eseguita per raccogliere feedback in precedenti corsi di formazione nell'azienda di Grosseto) ha mirato a stimolare i partecipanti al focus nel narrare un episodio o due professionali dove il contatto ha avuto un ruolo importante. La traccia del focus è stata oggetto di revisione 'in itinere' dopo aver valutato, insieme alle tutor, la trascrizione di un primo gruppo 'pilota' e i feedback del moderatore. In questo modo è stato possibile procedere nelle ulteriori conduzioni con modalità più fluide e meno favorevoli livelli troppo alti di astrazione e generalizzazione del tema da parte del gruppo. L'analisi delle trascrizioni dei focus group è stata supportata dal software Nvivo 12 plus (QRS International Ply inc. 2018).

3.6 Giornata di sensibilizzazione al contatto

L'evento formativo di una giornata è strutturato come laboratorio esperienziale e offerta di riflessioni sulla tematica del contatto, della gestualità di cura e della comunicazione attraverso contatto. Una proposta formativa di questo tipo non può che prediligere la modalità di trasmissione dei saperi che avviene soprattutto con un apprendimento dall'esperienza e dalle riflessioni sulle pratiche prese in considerazione. In una logica di apprendimento permanente (*lifelong learning*) il termine formazione acquista sempre più caratteristiche polisemiche (Alberici, 2008) e ancor più se i luoghi dell'apprendimento non sono più l'aula ma il luogo di lavoro, le persone che lo abitano e le sue rappresentazioni²³.

L'evento formativo ha quindi un forte carattere pratico/esperienziale nel quale sono proposte ai partecipanti esperienze guidate di contatto insieme ad altri momenti di sistematizzazione dei concetti e di discussione di gruppo. Le sei giornate sono state condotte da due infermieri formatori, appartenenti a due comunità di pratica del contatto e del massaggio (sia del PTV di Roma che dell'Ospedale Carle di Cuneo). I formatori delle giornate hanno un'esperienza sul contatto nel contesto di cura, massaggio e comunità di pratica e sfanno riferimento come gruppo del centro professioni sanitarie CESPI di Torino,

²³ Una formazione più attenta alla realtà nella quale si colloca, può avvenire in un ambiente più vicino al contesto lavorativo e quindi sempre più immerso nella pratica e nell'esperienza. Donald Schön (2006), lo studioso della riflessione in pratica, affermava che: "...la conoscenza pratica è un processo euristico in grado di produrre conoscenza in virtù dei dispositivi riflessivi che ogni agire chiama in causa". Wenger (2006) parla invece di "apprendimento situato" come di una interazione autentica, dove le persone possono apprendere al meglio secondo le modalità "naturali", riferibili quindi a contesti conosciuti, consueti, famigliari e relativi al proprio operare in situazione. Diversi sono i teorici classici dell'apprendimento attraverso l'esperienza e del suo potere trasformativo che hanno fondato le basi per un approccio alla formazione più vicino ai bisogni dell'*adult learner*; se ne distinguono diversi quali: Dewey, Knowles e Mezirow.

il quale provvede alla loro supervisione e sostegno. Le giornate sono state condotte (tranne quella che si è tenuta a Cuneo) da me e assieme a un collega.

Al termine della giornata tutti gli infermieri hanno avuto la possibilità di sperimentare le diverse modalità di contatto che avvengono nel contesto di cura, sia dal punto di vista del curante che dell'assistito (attraverso esperienze di role-playing). Il titolo dell'evento è cambiato da realtà a realtà in seguito alle scelte delle organizzazioni ospitanti, mentre il format è stato uguale per ogni formazione. Le giornate fanno parte di piani formativi aziendali e vengono proposte agli infermieri attraverso i consueti canali: intranet, manifesti in spazi appositi (ad es. vicino al posto dove c'è il timbro per entrata/uscita) o a volte coordinatori d'area che investono e incoraggiano le iniziative.

3.7 Termini della ricerca: contatto e toccare

In questa ricerca meritano una distinzione i termini contatto e toccare in quanto sottendono momenti diversi, o posture differenti, dell'agire infermieristico. La parola contatto, etimologicamente dal latino *contigere*, composto a sua volta dalle particelle *cum* (con) e *tangere* (toccare)²⁴, indica il toccarsi vicendevole e richiama alla caratteristica propria di reciprocità del senso del tatto, che è anche alla base delle teorie del Caring, fondamentali per il Nursing (Watson, 2009; Mortari, 2013). Le parole toccare o tocco, entrano nella terminologia di questa ricerca descrivendo azioni dove è sottintesa una passività del soggetto toccato, descritta anche nel termine aptico²⁵.

Necessario considerare che la parola toccare è compresa comunque nel termine contatto, pertanto alcuni studi si riferiranno al tocco in generale, mentre altre ricerche presenti in letteratura adotteranno questo distinguo semantico ai fini di ragionamenti più approfonditi sul significato del contatto nel contesto di cura. Inoltre, importante sottolineare che nell'inglese la parola contact è molto poco usata nell'ambito della cura e non ha la stessa valenza evocativa rispetto al nostro contesto, in letteratura appare molto più frequentemente tocco e toccare (touch) rispetto al termine contatto (contact).

3.8 Dal questionario al Focus Group: perché integrare dati quantitativi con aspetti qualitativi.

Il presente progetto di ricerca ha una radice quantitativa con uno sviluppo qualitativo, andando ad assumere i contorni di uno studio misto o *mixed method research*.

Il mixed method ha molte definizioni ed è stato a lungo discusso come metodo di ricerca (Johnson et al., 2007; Alivernini, 2012).

Una generale definizione dei mixed methods vede un *core component* che può essere qualitativo o quantitativo ed un elemento supplementare (che consiste in una strategia di

²⁴ Definizione di contatto da Dizionario Etimologico, consultabile al sito: <https://www.etimo.it/?term=contatto>

²⁵ Dal Greco *haptikos*, "in grado di venire in contatto con". Ad oggi la percezione aptica viene descritta come l'insieme del senso proprio del tatto e della proprioccezione. Nello specifico in ambito della psicologia cognitiva il termine 'aptico' è legato a uno stimolo tattile che s'impone sulla pelle (come nell'esplorazione di un oggetto/cosa con la mano) mentre 'tattile' quando lo stimolo arriva passivamente alla pelle.

ricerca qualitativa o quantitativa, non indipendente però dal progetto scelto). La domanda della ricerca guida un indirizzo teorico, sia induttivo che deduttivo, che il ricercatore deve necessariamente prendere nel passaggio da una strategia all'altra (Morse, 2016). Una riflessione teorica offerta per supportare la necessità di un *mixed method*, risiede nella natura stessa dei diversi approcci quantitativo e qualitativo, come metodi che possono essere più o meno aperti (Alivernini, 2012). Il concetto di apertura si riferisce alla tendenza di un approccio nell'essere deduttivo (con variabili note a priori offerte dai costrutti e le definizioni operative scelte) o induttivo (meno ancorato a una conoscenza a priori dei dati). Nel *mixed method* si trova la possibilità di usufruire delle caratteristiche di ciascun metodo al servizio della domanda di ricerca con l'obiettivo di trovare (con tutte le possibili declinazioni) possibili risposte o identificare ulteriori problemi (Alivernini, 2012).

L'utilizzo dei focus group o altre metodologie qualitative, nei *mixed studies*, per supportare, completare o esplorare ulteriori aspetti di un fenomeno già osservato con un approccio quantitativo è già presente in letteratura (O'Chatain et al., 2014; Cataldi, 2009).

Il focus group in fase *ex-post* rappresenta una possibilità nel disegno *mixed method* di questa ricerca per:

- accedere ad informazioni riguardo gli infermieri, le loro competenze e bagaglio esperienziale che nella prima fase con i questionari non hanno avuto modo di essere colte;
- poter approfondire argomenti emersi nella prima fase, proponendo ai gruppi di discutere sia dei risultati preliminari che delle dimensioni dei questionari che possono risultare più critiche;
- affiancare alle analisi statistiche, un'analisi del contenuto dei focus group che possa integrare i risultati della prima fase o fornire ulteriori risposte a nuove ipotesi scaturite in fase inferenziale;
- osservare il tema del contatto non solo come risposta personale ma come costrutto culturale e professionale del gruppo di infermiere, associato ad interpretazioni che rimandano ad aspetti professionali di identità e mandato.

In conclusione, l'utilizzo del focus group nella fase *ex post* di un'indagine è stato già studiato e presentato in letteratura come strumento per valutare la qualità delle informazioni raccolte con questionari, approfondire specifici argomenti d'indagine, far emergere nuove chiavi interpretative (Cataldi, 2009).

CAPITOLO QUARTO

ANALISI Parte I: Indagine empirica con questionari

4.1 Analisi dei dati dell'indagine empirica con questionari

L'analisi dei dati ha preso inizio dopo la raccolta degli ultimi questionari (in forma cartacea o online) avvenuta nel dicembre 2017 (l'ultima giornata di formazione è stata tenuta il 20 novembre presso l'ospedale di Grosseto). I questionari compilati sono stati revisionati e predisposti per l'analisi.

I dati sono stati analizzati nelle caratteristiche descrittive ed inferenziali utilizzando il software SPSS ((IBM Corp. Released 2018. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0).

4.2 Caratteristiche socio-demografiche

Il gruppo dei partecipanti allo studio si compone di 209 infermieri, divisi in due gruppi, un gruppo che ha partecipato alla giornata di formazione (N=107) e un gruppo che non ha partecipato (N=102) (Tab 2). Nel gruppo totale c'è prevalenza femminile del 78%, mentre l'età media dei partecipanti è 40,9 anni (DS 10,9). Gli anni lavorativi 15.7 (DS 10.7). La formazione base è suddivisa in (%): 39.2 (Scuola regionale) 10 (Diploma universitario) e 49.8 (Laurea in Scienze Infermieristiche).

Tabella 2. Formazione 2017: Luoghi e partecipanti

	Formazione (2017)	Gruppo formazione (N)	Gruppo Non formati (N)
Osp.Carle (Cuneo)	Maggio	12	12
IFO (Roma)	Settembre	14	14
Osp. Misericordia (Grosseto)	Ottobre	13	13
Parma (Università)	Novembre	22	20
Sant'Andrea (Roma)	Novembre	26	25
Osp. Misericordia (Grosseto)	Novembre	24	23
Totale		107	102

Andando ad osservare le caratteristiche dei due gruppi, emergono nello specifico delle differenze. Il gruppo che ha partecipato alla formazione ha un'età media maggiore ed ha più anni lavorativi (Tab. 3). La formazione di base presenta differenze in quanto nel gruppo

dei formati sono presenti maggiormente infermieri che hanno frequentato la scuola regionale mentre il gruppo di controllo ha per il 66% infermieri provenienti dal corso di laurea in scienze infermieristiche.

Tab. 3 Dati socio-demografici

	Totale partecipanti	Gruppo formati	Gruppo-non formati
	n=209	n=107	n=102
	M±ds	M±ds	M±ds
Età	40.86±10.94	44.99±9.27	36.53±10.93
Anni di lavoro	15.12±10.70	18.48±10.25	11.60±10.05
	n(%)	n(%)	n(%)
Maschi	46(22.0)	18(16.8)	28(27.5)
Femmine	163(78.0)	89(83.2)	74(72.5)
Scuola regionale	84(40.2)	57(53.3)	27(26.5)
Diploma Universitario	21(10.0)	21(11.2)	9(8.8)
Laurea in Scienze infermieristiche	104(49.8)	38(35.5)	66(64.7)
Partecipazione al corso	-	Azienda=29(27.1) Personale=78(72.9)	-

Le aree lavorative più rappresentate sono: area medica (assimilando sotto il termine medica tutte le diverse tipologie di reparto che vanno dalle cure domiciliari a quelle palliative) l'area chirurgica e le terapie intensive. È questo, un aspetto che risulta più diversificato e così la sua distribuzione nei due gruppi con prevalenza di partecipanti provenienti dall'area medica, e a seguire l'area chirurgica e area critica, terapia intensiva (Tab. 4).

Tab. 4 Aree di lavoro

	Frequenza	Percentuale		Frequenza	Percentuale
Ambulatori	22	10.5	Medica	79	37.8
Area Critica	29	13.9	Morgue	2	1.0
Chirurgica	40	19.1	NonOcc.	3	1.4
Dialisi	4	1.9	Pediatria	1	.5
Direzione	6	2.9	Psichiatria	5	2.4
Formazione	3	1.4	Servizi	2	1.0
Territorio	10	4.8	Studiante	2	1.0
			Totale	209	100.0

4.3 Compilazione e completamento questionari.

I questionari compilati e restituiti a una settimana e a due dall'evento hanno avuto una riduzione della risposta (Tab. 5). I due gruppi hanno ridotto la risposta fino a meno del 50% a due settimane, in particolare per il gruppo dei non formati. Il questionario on line ha riportato ancor di più una scarsa risposta in special modo nelle ultime somministrazioni al tempo 2 (T2).

Tab. 5 Gruppi/Compilazione dei questionari nei tre tempi

	Sperimentale	Controllo	Totali
C0 ¹ (Pre)	107	102	209
CB0 ² (Pre)	107	102	209
C1 (1 sett.)	86	84	170
CB1(1 sett.)	86	83	169
C2 (2 sett.)	66	47	113
CB2(2 sett.)	65	47	112

¹ Questionario Comfort with touch a tempo zero

² Questionario Caring Behaviour a tempo zero

4.4 Analisi dei dati

I due gruppi risultano differenti per le variabili sociodemografiche ma in media non differiscono sulle due scale di Comfort e Caring (Tab.6), a tempo zero T0 (mentre esistono differenze nei due tempi susseguenti T1 e T2). In questo modo è possibile considerarli come gruppo unico ed andare vedere come le variabili socio-demografiche possono influenzare le due scale attraverso delle correlazioni (Tab.7).

Tab. 6 Confronto Medie questionari a tempo zero tra i gruppi

	M±ds	M±ds	M±ds
	Totale Partecipanti	Formati	Non Formati
Comfort With Touch Scale	4.91±1.11	4.98±1.01	4.84±1.20
Caring Behavior Inv. CBit24	5.03±.65	5.02±.62	5.03±.69

Tab.7 Correlazioni dei gruppi/ Comfort e Caring a Tempo 0

		Gruppo	Età	Genere	Annidi lavoro	C0	CB0
Gruppo	Pearson Correlation	1	-.387**	-.128	-.322**	-.066	.004
	Sig. (2-tailed)		.000	.064	.000	.344	.952
	N	209	209	209	209	209	209
Età	Pearson Correlation	-.387**	1	.033	.854**	.012	.041
	Sig. (2-tailed)	.000		.631	.000	.861	.560
	N	209	209	209	209	209	209
Genere	Pearson Correlation	-.128	.033	1	.024	.140*	.073
	Sig. (2-tailed)	.064	.631		.727	.043	.294
	N	209	209	209	209	209	209
Anni di lavoro	Pearson Correlation	-.322**	.854**	.024	1	.053	.092
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.727		.446	.184
	N	209	209	209	209	209	209
C0	Pearson Correlation	-.066	.012	.140*	.053	1	.587**
	Sig. (2-tailed)	.344	.861	.043	.446		.000
	N	209	209	209	209	209	209
CB0	Pearson Correlation	.004	.041	.073	.092	.587**	1
	Sig. (2-tailed)	.952	.560	.294	.184	.000	
	N	209	209	209	209	209	209

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Le correlazioni tra caratteristiche sociodemografiche e le due scale, evidenziano una leggera influenza del genere sulle misure. Nonostante ciò, non essendoci una differenza significativa nella percentuale di genere fra i due gruppi (Tab.3), quest'ultima variabile verrà tenuta in considerazione per ulteriori analisi ma non utilizzata per andare a vedere anche le diverse influenze attraverso un'analisi delle covariate.

Un'analisi della varianza, ANOVA (3 X 2) a misure ripetute è stata utilizzata. per andare ad osservare se sussistono differenze tra i due gruppi dopo l'intervento (la giornata di formazione). Nell'ANOVA il fattore within è rappresentato dalle misurazioni di Comfort with touch (C) e Caring Behavior (CB) mentre il fattore between dai due gruppi (formati e non formati).

4.4.1 Comfort with Touch (Agio/disagio al contatto): Ipotesi I

Nell'analisi si è andato prima a guardare come varia nel tempo il Comfort with touch; secondo l'ipotesi di questo progetto è stato previsto un cambiamento nel gruppo, che ha frequentato la formazione, nei termini di una maggior attenzione al contatto osservando i valori del costrutto di agio/disagio al contatto (illustrato nel precedente capitolo).

Tab. 8 Statistiche descrittive Comfort with Touch

	Gruppo	Std.		N
		Mean	Deviation	
*C0	Formato	5.01	1.08	66
	Non Form.	4.80	1.27	47
	Total	4.93	1.16	113
C1	Formato	5.14	.96	66
	Non Form.	4.70	1.39	47
	Total	5.0	1.18	113
C2	Formato	5.34	.916	66
	Non Form.	4.58	1.31	47
	Total	5.02	1.16	113

*C0= Comfort with Touch a Tempo zero

Prima di andare a vedere il risultato dell'ANOVA sono stati osservati i valori della Lambda di Wilks (vedi Appendice) in modo da determinare se il modello (ovvero il procedimento eseguito) sia significativo oppure no.

Nel nostro caso la differenza nel tempo da sola non è significativa (.775) ma lo è l'intersezione tempo*gruppi (.004) con un *effect size* di .094 (medio secondo Cohen). Questo vuol dire che nel tempo esiste una differenza significativa fra gruppo dei formati e non formati per quanto riguarda il Comfort with touch. È quindi necessario capire in quale direzione si manifesta tale significatività.

Osservando l'ANOVA within groups e assumendo la sfericità dei residui, l'intersezione tempo*gruppo è significativa ($p=0.002$) andando a confermare un cambiamento fra i gruppi dovuto al tempo (Tab. 9).

Tab. 9 ANOVA within- entro i gruppi per Comfort with touch- tempo e tempo/gruppo

	Source	Type III Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Tempo	Sphericity Assumed	.164	2	.082	.253	.776	.002	.507	.090
	Greenhouse- Geisser	.164	1.732	.095	.253	.744	.002	.439	.087
	Huynh- Feldt	.164	1.773	.093	.253	.750	.002	.449	.087
	Lower- bound	.164	1.000	.164	.253	.616	.002	.253	.079
Tempo* Gruppo	Sphericity Assumed	4.330	2	2.165	6.68	.002	.057	13.372	.912
	Greenhouse- Geisser	4.330	1.732	2.500	6.66	.003	.057	11.580	.880
	Huynh- Feldt	4.330	1.773	2.442	6.66	.002	.057	11.853	.885
	Lower- bound	4.330	1.000	4.330	6.86	.011	.057	6.686	.727
Error (Time)	Sphericity Assumed	71.882	222	.324					
	Greenhouse- Geisser	71.882	192.2	.374					
	Huynh- Feldt	71.882	196.7	.365					
	Lower- bound	71.882	111.0	.648					

a. Computed using alpha = .05

L'ANOVA between-groups nel Comfort with Touch (Agió/Disagió al contatto) (Tab.10) mostra significatività [$F(1,111)=5.6$ $p= 0.02$] pertanto i due gruppi differiscono nel tempo rispetto il comportamento misurato dalla scala.

Tab. 10 Anova (3x2) between groups per Comfort with touch (Agio/disagio al contatto)

Source	Type III Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.	Part. Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Intercept	8004.76	1	8004.76	2454.98	.000	.957	2454.98	1.000
Gruppo	18.27	1	18.27	5.61	.020	.048	5.61	.651
Error	361.92	111	3.26					

a. Computed using alpha = .05

In Fig.2 è possibile osservare l'andamento delle medie marginali stimate del Comfort with Touch (nei tre tempi). Nel grafico viene mostrato il trend tra i due gruppi (nello schema viene chiamato sperimentale il gruppo che è stato formato mentre l'altro è chiamato di controllo). L'andamento di questo trend mostra un sensibile aumento post corso dell'agio/disagio al contatto del gruppo che ha partecipato all'evento, mentre (fattore importante da notare) si osserva una diminuzione del trend per il gruppo dei non formati.

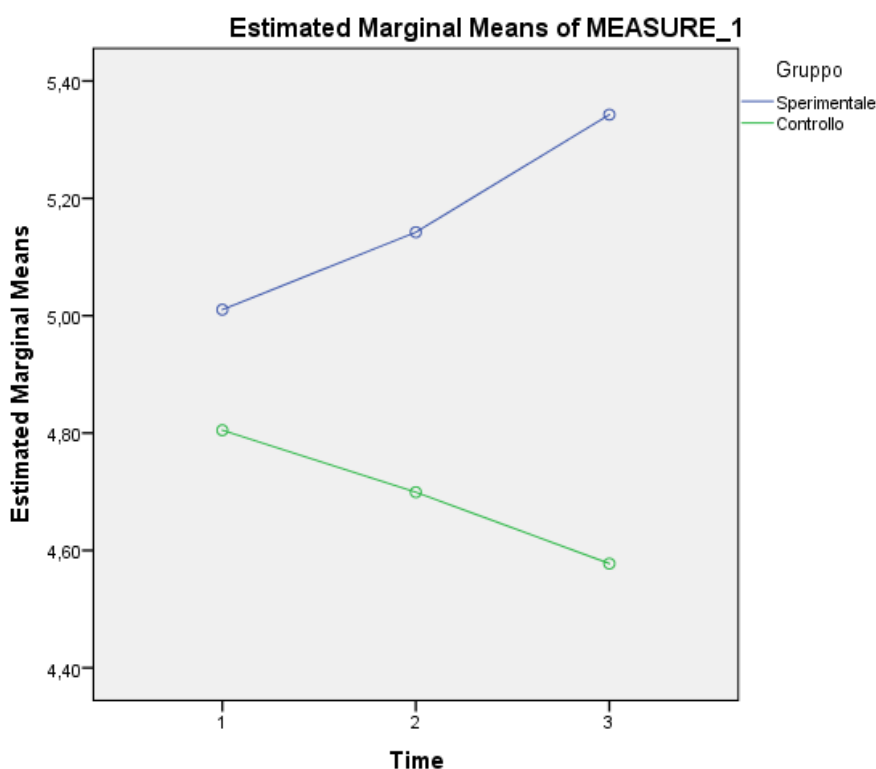


Figure2 Trend del Comfort with touch dei Gruppi nei tempi T0, T1 e T2

4.4.2 Caring Behavior: Ipotesi II

Una volta affrontata l'analisi delle differenze tra i gruppi nel tempo per il Comfort with Touch, si è applicato lo stesso modello per andare a guardare l'andamento del Caring Behavior (CB) post formazione. Il progetto ha ipotizzato una differenza di comportamenti

di Caring (secondo il costrutto che ha portato alla formulazione del questionario CBI-ita 24) tra i gruppi nel post formazione. L'ANOVA sia nell'analisi within e che between non ha mostrato significatività (vedi Appendice) pertanto i due gruppi non hanno differenze di Caring Behavior (definito secondo la scala) ai tempi T1 e T2 del post formazione.

4.4.3 Verifica delle differenze tra le sottoscale dei due questionari

Allo scopo di andare a guardare meglio le possibili differenze tra i gruppi, sono state prese a confronto le rispettive sottoscale (vedi Allegato) dei questionari procedendo con un ANOVA (modello misto a misure ripetute 3x2) dove la sottoscala (*factor*) viene confrontata nei tre tempi per i due gruppi. È stato quindi deciso di effettuare l'analisi per ogni sottoscala dei questionari; rispettivamente per il Comfort with Touch scale le cinque sottoscale (comfort fisico, supporto emotivo, contatto orientato al compito, assicurare e cura della persona) e per il Caring Behavior Inventory le quattro sottoscale (assicurare la presenza, conoscenze e competenze professionali, rispetto, attenzione per l'esperienza altrui).

L'analisi delle sottoscale non ha fatto emergere differenze significative ma ha nuovamente confermato una tendenza nel gruppo dei formati a mantenere dei comportamenti di Comfort with Touch nelle due settimane post formazione, rispetto all'altro gruppo.

Nello specifico delle dimensioni rappresentate nelle sottoscale, hanno dimostrato tale tendenza, quelle appartenenti alla scala di Comfort e in particolare le due sottoscale del contatto interessate ad atteggiamenti di contatto per assicurare (Tab.11) e per offrire supporto emotivo (Tab.12).

Tab.11 ANOVA between groups sottoscala 'Rassicurare'

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Intercept	85318.06	1	85318.06	763.39	0	.882	763.39	1
Gruppo	742.92	1	742.92	6.65	.011	.061	6.64	.724
Error	11399.74	102	111.76					

a. Computed using alpha = .05

Tab. 12 ANOVA between groups sottoscala 'Supporto emotivo'

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Intercept	212407.39	1	212407.13	1944.44	0	.951	1944.44	1
Gruppo	505.10	1	505.10	4.624	.034	.044	4.624	.567
Error	10923.81	100	109.23					

a. Computed using alpha = .05

4.4.4 Differenze tra gli item più significativi

L'interesse si è focalizzato ancor più nello specifico su quali fossero gli item del Comfort with Touch che più contribuiscono al trend già identificato di una differenza tra gruppi. A tal proposito è stato deciso di confrontare, tramite un ANOVA a una via, le singole risposte tra i due gruppi.

Da questa analisi one-way sono emerse differenze significative ($p < .05$) per gli item del questionario quali:

- *Abbracciare il paziente,*
- *Massaggiare i piedi al paziente,*
- *Accarezzare il braccio*
- *Accarezzare la mano*
- *Prendere tra le braccia il paziente.*

Questi item sono tra quelli che "distanziano" più i due gruppi nelle loro risposte post formazione. In contrasto, nell'analisi è stato notato che altri quattro item del questionario, appartenenti nello specifico alla sottoscala del contatto come contenimento emotivo, sono molto rappresentati in entrambi i gruppi ($M > 5$). Tali item, con assenza di significatività statistica tra i gruppi, sono i seguenti:

- *Tenere la mano nei momenti di grande sofferenza.*
- *Tenere la mano nei momenti di ansia/agitazione.*
- *Mettere la mano sulla spalla o braccia per dare sostegno.*
- *Permettere al paziente di piangere tra le mie braccia.*

4.5 Discussione dei risultati

Nella rassegna della letteratura è stata evidenziata la scarsità degli studi che mostrano gli effetti o influenza dell'esperienza del contatto sull'infermiere nel contesto di cura; mentre hanno suscitato molto più interesse gli studi che si occupano degli effetti del contatto sul paziente. Ancor di più scarsi sono gli studi indirizzati alle possibilità di una educazione/formazione al contatto per gli operatori della cura e in particolare l'infermiere.

Nel presente studio, gli atteggiamenti di agio/disagio al contatto (Comfort with touch) risultano migliorati e mantenuti (a due settimane) nel gruppo che ha partecipato alla formazione. Mentre non sono emerse differenze significative nei termini di Caring tra i due gruppi di infermieri che hanno partecipato alla ricerca (formati e non formati).

In questo studio non sembrano aver avuto un'influenza sui risultati fattori quali: l'età, la formazione e il genere. Interessante notare che, nel presente studio, nonostante una letteratura esistente che parla di differenze percepite, nei contesti di cura, legate al genere e al contatto (Whiteside&Butcher, 2015) non si sono rilevate tali differenze.

Riguardo il genere si nota la percentuale minore di partecipanti (sia alla formazione che allo studio) di genere maschile. Un dato che conferma quanto la professione infermieristica sia ancora fortemente rappresentata dal genere femminile. Infatti, i dati riflettono abbastanza l'equilibrio secondo albo infermieristico nazionale (Rapporto 2017) che registra una presenza sul territorio del 77% di infermiere donne.

Si può speculare su questa distribuzione maschi/femmine e affermare che (secondo uno stereotipo molto diffuso) la tematica del corso e dello studio forse potrebbe aver avuto un appeal più forte per la popolazione femminile (Whiteside&Butcher, 2015); ma non esistono al momento studi (in Italia) per confermare questa ipotesi.

La differenza di formazione tra i due gruppi avrebbe potuto essere un discrimine importante, esistendo, nel gruppo che ha partecipato alla formazione, una maggiore percentuale di infermieri con formazione di base non universitaria. L'infermiere laureato che si affaccia al mondo del lavoro ha come caratteristica, rispetto ai colleghi provenienti dalle formazioni precedenti, una maggior predisposizione alla visione professionalizzante del mandato infermieristico, non avendo vissuto i modelli normativi di profilo precedenti (Marletta et al., 2014). Come è già stato illustrato nel secondo capitolo, il percorso di laurea e i curricula in scienze infermieristiche preparano lo studente a un ruolo con una visione professionale; il corso di laurea ha core curriculum e core competencies sottoposti a frequenti cambiamenti per andare incontro alle richieste del mondo della sanità italiana e della pratica informata dall'evidenza scientifica. La formazione della scuola regionale poneva al centro del processo di apprendimento dello studente proprio le ore di tirocinio e le esperienze pratiche. Questo modello di formazione infermieristica, prendeva luogo in contesti come le scuole/ospedale ed era costituita da un susseguirsi di esperienze sul campo fin dai primi momenti di frequenza (Destrebecq. 2017). Differenti percorsi per diversi obiettivi; ciascuno che rispecchia una visione dell'infermiere secondo il momento storico vissuto. un professionista dopotutto in transizione verso una maggior autonomia.

Quanto detto potrebbe lasciar riflettere su una possibile minor predisposizione al contatto dei neolaureati rispetto a chi ha avuto la formazione "più vicina" al paziente; ipotesi non confermata in questo studio.

L'Anova a una via è andata a vedere per ciascun item le differenze nei due gruppi, andando a rivelare che alcuni item, connotati più emotivamente di supporto e rassicurazione, sono presenti in maniera consistente ($M > 5$) per entrambi i gruppi. Questo risultato lascia aperte ipotesi che riguardano i comportamenti e le rappresentazioni discorsive degli infermieri sul contatto nel contesto lavorativo. Infermieri, seppur con caratteristiche che si potrebbero definire di "minor agio al contatto", sembrano reputare di poter agire comportamenti di contatto per dare supporto emotivo (ad es. la mano sulla spalla nel paziente in distress emotivo) e questo suggerisce che comportamenti codificati (come ad es. il tenere la mano nei momenti di agitazione/ansia) trovano, anche in assenza di attitudini individuali di agio al contatto, un consenso sociale e culturale che sollecita l'infermiere a riferire di agirli nel contesto assistenziale in un momento preciso.

Questi aspetti della dimensione del contatto verranno presi in considerazione nella costruzione della seconda fase della ricerca con i focus group.

4.6 Limiti della raccolta dati e dello studio con questionari

Nello studio sull'agio/disagio al contatto e caring sono emersi dei limiti sia metodologici che operativi. Nello specifico nella raccolta dati sono emersi i seguenti limiti: la

riduzione/mortalità del campione (problema di validità interna) con conseguente riduzione della potenza statistica e un possibile effetto “apprendimento” per la vicinanza delle somministrazioni del test (Areni et al. 1997; Lucisano&Salerni. 2015).

Inoltre, nella fase di progettazione è stato pensato ed accettato come limite anche il rischio che i partecipanti alle formazioni siano in qualche modo più sensibili alla tematica - o semplicemente curiosi- e quindi già con tendenza di agio al contatto e caring spiccate rispetto al gruppo dei non formati.

Quest’ultimo fattore è stato preso in considerazione e affrontato osservando l’analisi dei questionari pre formazione (T0) la quale ha rivelato invece delle differenze scarsamente significative tra i gruppi. Necessario aggiungere che l’universo delle formazioni aziendali in sanità e la stessa vita delle organizzazioni ospedaliere potrebbero rendere difficile il definire le motivazioni personali del dipendente rispetto alla scelta di iscriversi o no ad un corso (quando non sia obbligatorio).

In ultimo la scelta della distanza tra le somministrazioni dei questionari post formazione (possibile effetto di apprendimento o memoria) è stata frutto di un ragionamento sulle possibili difficoltà intrinseche del raggiungere, nei tempi prestabiliti, un campione così eterogeneo in diverse regioni d’Italia e di rischiare una scarsa adesione di risposta per dispersione dei contenuti della formazione nel tempo (vedi appendice per Test di Levine).

In conclusione, un fattore di possibili future riflessioni riguarda la forma del questionario on-line inviato ai tre ultimi gruppi per i post a due settimane. i quali hanno risposto scarsamente, determinando così una riduzione della numerosità iniziale del campione. Il questionario compilabile anche dallo smartphone in ogni momento era stato inviato a ciascun infermiere (dopo aver ottenuto un consenso verbale al primo incontro) via messaggio tramite l’applicazione “WhatsApp” ormai molto popolare e di facile uso. Malgrado ciò, l’adesione alla ricerca è stata abbastanza scarsa (una percentuale di adesione al t2 del 54% rispetto al t0).

CAPITOLO QUINTO

Analisi Parte II: i focus group

“...Ma... la prima cosa che ho fatto, mi è venuto spontaneo di fare questo gesto (mettendo una mano sulla spalla e l'altra sulla mano della collega che le sta vicino) a questa persona (una paziente). E mi sono risentita infermiera in tutto il mio corpo, m'ha fatto bene vi dico!”. (rif.50-GGS)

5.1 Analisi dei focus group

La seconda fase dello studio ha rivolto uno sguardo alla tematica da un punto di vista di tipo qualitativo con l'utilizzo della tecnica del focus group. Lo studio in questa seconda parte della ricerca è di natura descrittivo-esplorativa, pertanto si propone di osservare la dimensione del contatto nella professione infermieristica, così come emerge dalle trascrizioni. Nella prima fase del lavoro, l'indagine era diretta a misurare attraverso uno strumento standardizzato (scale di Comfort with Touch e di Caring Behavior) l'atteggiamento individuale rispetto al contatto e misurarne eventuali modifiche pre e post intervento di formazione. Da un punto di vista discorsivo, gli atteggiamenti non sono caratteristiche personali stabili, ma corrispondono anche a posizionamenti assunti in uno spazio 'pubblico' di argomentazione discorsiva (Billig, 1995).

La natura descrittivo-esplorativa è una scelta coerente con questa fase, in quanto gli obiettivi non sono stati di quantificazione ma piuttosto di esplorazione di dimensioni e di approfondimento di aspetti poco emersi dai questionari e rilevanti ai fini della ricerca (della Ratta-Rinaldi, 2000). Nello specifico, lo strumento utilizzato nella prima parte con domande chiuse (ad es. su quanto un infermiere può sentirsi più o meno a proprio agio nell'abbracciare un paziente) ha lasciato fuori le possibilità dell'infermiere di contestualizzare, spiegare la propria scelta, posizione nei riguardi della domanda e di osservare (da parte del ricercatore) le prese di posizione nel discorso dei partecipanti. Infatti, l'utilizzo del focus group nella fase ex post di un'indagine è stato già studiato e presentato in letteratura come strumento per: valutare la qualità delle informazioni raccolte con questionari, approfondire specifici argomenti d'indagine, far emergere nuove chiavi interpretative (Cataldi, 2009).

L'obiettivo che si è andato a delineare, stimolato anche dalle domande sorte dopo la prima fase dello studio, è stato quello di osservare le diverse interpretazioni del contatto tra i gruppi, nello specifico se tali interpretazioni possono condurre ad ulteriori riflessioni e favorirne la discussione, aggiungendo e forse offrendo possibili interpretazioni delle differenze emerse già, attraverso l'indagine con i questionari, tra gli infermieri che hanno seguito la formazione e quelli del gruppo dei non formati. Inoltre, un ulteriore aspetto che ha orientato l'indagine con i focus group, sono le risposte agli item del questionario che denotavano un contatto per offrire un supporto emotivo e per rassicurare, presenti in maniera significativa in entrambi i gruppi, dando vita a una nuove domande sulla gestualità

di cura. L'utilizzo del focus group in questa fase dello studio ha quindi reso possibile la creazione di momenti di "chiarificazione, ridefinizione e riorientamento" personali dei concetti affrontati nel corso dello studio, sia nel ricercatore che negli infermieri partecipanti (Cataldi, 2009).

In questo modo, è stato possibile anche mettere a punto e confrontare le definizioni ed eventuali limiti degli stessi concetti emersi dalla rassegna bibliografica e dalle teorie di supporto. Le analisi delle trascrizioni delle sessioni dei focus group sono state affrontate evitando di aderire a una ipotesi specifica ma lasciando aperte possibili considerazioni o integrazioni a tutto ciò che è stato esposto finora sulla tematica del contatto nei contesti di cura.

5.2 Metodologia di analisi

L'analisi è stata condotta con un approccio induttivo (bottom-up) dove il processo di scoperta e definizione di categorie di contenuto proviene dai dati stessi e non da una conoscenza pregressa (Alivernini et al., 2008; Elo&Kyngäs, 2008; Finfgeld-Connett, 2014). Detto ciò, è stato considerato che in questo studio alcuni concetti e idee, dalla rassegna della letteratura, sono già stati definiti, ad esempio sono stati definiti aspetti del contatto nell'ambito assistenziale come: atto procedurale/strumentale, per offrire comfort fisico e sostegno emotivo (Pedrazza et al., 2015,2017). Queste visioni del contatto sono state pertanto considerate, soprattutto durante la fase iniziale dell'analisi delle trascrizioni e nel processo di codifica, come una delle possibili piste da seguire ma aperta al confronto e ad integrazioni con nuove interpretazioni (Hsieh&Shannon,2005).

5.3 Analisi del contenuto

L'obiettivo principale di questa parte dello studio è stato quello di esaminare e approfondire le interpretazioni e rappresentazioni discorsive degli infermieri riguardo le diverse modalità di contatto che si presentano nelle loro realtà lavorative, ed è stato scelto come metodo di analisi quello dell'analisi del contenuto. Questo strumento di analisi di ricerca qualitativa è utilizzato per inferire dati dal loro contesto con l'obiettivo di produrre conoscenza, insights, rappresentazioni e descrizioni di pratiche e azioni (Elo&Kyngäs, 2008). Nell'analisi del contenuto (o la maggior parte dei metodi che ricorrono a questo tipo di analisi) si opera essenzialmente "una scomposizione dell'unità comunicativa (materiale testuale) in elementi più semplici (unità di classificazione) e nella classificazione di questi ultimi entro variabili categoriali (nominali o ordinali), avendo predefinito l'unità di contesto cui occorre fare riferimento nell'atto di classificare" (Rositi, 1988). Losito (1996) spiega che l'unità di classificazione più semplice è la parola, ma che si può (secondo il disegno e le ipotesi di ricerca) secondo un "ordine di estensione e complessità semantica" considerare, oltre le parole, dei simboli-chiave, temi e proposizioni.

L'analisi del contenuto può essere concepita in due forme distinte che producono risultati differenti: un'analisi del contenuto manifesta e latente (Mayan, 2009). L'analisi manifesta utilizza determinate parole o concetti del data set come unità di senso e, in genere con il supporto di software, si effettua un conteggio numerico (frequenza). I risultati generati sono quantitativi e indicano esclusivamente la ricorrenza di queste unità ritenute rilevanti per

l'analisi. Nell'analisi del contenuto latente lo studio non si limita (o non prevede) un conteggio delle ricorrenze delle unità di senso, ma si ricercano plausibili spiegazioni, legami e significati per le unità di senso identificate; in modo da consentire riflessioni di carattere qualitativo. Nell'analisi del contenuto possono tuttavia coesistere le due forme come parte del processo di analisi dei dati.

Finfgeld-Connett (2014) descrive il processo di analisi qualitativa del contenuto, con approccio induttivo, come un processo per il quale la lettura e riflessione assidua del materiale in esame porta all'identificazione e organizzazione di codici. Le fasi del processo induttivo di ricerca delle unità di analisi (e codifica) sono soggette a modifiche, tenendo conto del "carattere ricorsivo e ciclico" dello stesso processo (Semeraro, 2014). Infatti, la costruzione di codici può essere ridefinita finché non saranno colti i molteplici nuclei di significato emergenti dai testi esaminati (Gobo, 2012). I codici sono osservati e selezionati per poi definire delle categorie, categorie che non sono semplicemente un insieme di dati simili ma l'atto stesso di categorizzare permette di descrivere in realtà il fenomeno, aumentarne la comprensione e di approfondirne la conoscenza (Cardano, 2011). Le categorie sono concetti-chiave, etichette concettuali che raggruppano parole, locuzioni, frasi con significati analoghi oppure riferite a uno stesso argomento in un sistema di classificazione, scelto dal ricercatore e sostenuto da una teoria di riferimento (Losito, 1996). L'analisi così strutturata permette di individuare dei principali elementi di contenuto e da qui dei nuclei concettuali relativi al contatto (della Ratta-Rinaldi, 2005).

Formulando categorie il ricercatore giunge a una decisione ed attraverso un processo di astrazione fornisce una descrizione generale del fenomeno, generando dei temi. I temi possono essere visti come unità di analisi complesse, che consistono in affermazioni semplici, formulate dal ricercatore, che in un certo senso sintetizzano proposizioni più estese presenti nel testo, ma equivalenti dal punto di vista semantico (Losito, 1996). Il processo di astrazione continua finché le categorie non sono state esplorate dal ricercatore (Cardano, 2011; Alivernini et al., 2008). A tal proposito, Finfgeld-Connett (2014) parla di saturazione nel processo di analisi qualitativa del contenuto, riferendosi allo stato raggiunto per cui ogni nuovo dato aggiunto non aumenta la comprensione o il significato del fenomeno oggetto dello studio. Krippendorff (2004) uno dei maggiori autori sull'analisi qualitativa del contenuto, afferma che si tratta di una tecnica di ricerca "per fare inferenze valide e replicabili dai testi, o altro materiale dotato di significato, ai contesti del loro utilizzo". La validità e replicabilità delle inferenze è sostenuta da un processo dove i diversi passaggi, dal concettuale ai risultati, sono descritti nel dettaglio; secondo Elo&Kyngäs (2008) la +creazione di categorie, da parte del ricercatore, deve essere concettualmente ed empiricamente fondata e dimostrabile. La dimostrabilità deve poter permettere ad altri ricercatori di seguire il processo inferenziale che ha portato ai risultati e alle interpretazioni (Elo&Kyngäs, 2008). Detto ciò, Alivernini et al. (2008) riflettono sulla validità e attendibilità delle analisi del contenuto di testi, condotte sulla base del significato linguistico o di una cornice concettuale, aggiungendo che vanno considerate tutte le interpretazioni possibili e

scegliere le più attendibili e vicine alla domanda e tipo di approccio scelto. L'analisi del contenuto per questa ricerca è stata supportata dall'utilizzo del software Nvivo 12 plus.

5.4 Struttura dei focus group

Sono stati condotti sei focus group in tre diversi ospedali (Azienda ospedaliera Sant'Andrea di Roma, IFO di Roma e Ospedale 'Misericordia di Grosseto) in particolare due focus group per ciascuno. In ciascun ospedale un focus group era costituito da infermieri che hanno partecipato alla formazione e un altro gruppo di infermieri che non hanno partecipato; di questi ultimi una piccola parte ha partecipato allo studio compilando i questionari. I partecipanti sono stati da un minimo di 5 a un massimo di 12 per gruppo e le sessioni sono durate massimo 90 minuti.

Il gruppo più grande (12 partecipanti) supera il numero massimo (10) per questo tipo di indagini; a causa di un errore nelle comunicazioni ospedaliere, il giorno del focus hanno scelto di partecipare (senza preavviso) più infermieri del previsto. Il tempo e gli spazi per il focus group erano stati pianificati da tempo, pertanto di fronte alle difficoltà nel dover fare una selezione è stato deciso di organizzarli in un unico gruppo, tenendo conto delle difficoltà e minor spazio per ognuno.

Gli infermieri che hanno partecipato rappresentano nella totalità un gruppo eterogeneo rispetto alle aree di lavoro e ruoli, essendo presente una variopinta serie di reparti o strutture, ovvero: pediatria (3), ambulatori di diverso tipo (12), coordinamento (2), psichiatria (2), terapia intensiva (1), oncematologia (2), medicine di vario tipo (15), chirurgia (8) e specialista di gastroenterologia (1). Le sessioni di focus group sono state audio registrate, dopo aver avuto l'autorizzazione (con firma del consenso informato al trattamento dei dati) dei partecipanti (in Appendice), tramite software su supporto portatile audiorecorder.

Tab. Focus group Fase II studio			
Formazione	Struttura	Partecipanti/Durata	Data
Sì	Osp. 'Misericordia' (GR)	7/ 1:29	16/03/2018
No	Osp. 'Misericordia' (GR)	5/ 1:19	16/03/2018
Sì	Osp. Sant'Andrea (RM)	7/1.39	05/04/2018
No	Osp. Sant'Andrea (RM)	5/1:15	07/04/2018
Sì	Osp. IFO (RM)	12/1:15	11/04/2018
No	Osp. IFO (RM)	7/1:20	17/04/2018

5.5 Trascrizioni del materiale audio

Le trascrizioni delle sessioni di focus group sono state effettuate dal ricercatore stesso con l'ausilio di un programma che facilita l'ascolto e la scrittura delle tracce audio (software 'listen&write'). Le trascrizioni ottenute hanno tenuto conto del contenuto non soltanto verbale ma anche delle pause, sovrapposizioni tra i partecipanti e delle diverse espressioni dialettali. Nel processo di scrittura e revisione delle trascrizioni, sono state considerate le diverse note prese durante le sessioni, sia dall'osservatore che dal moderatore. L'osservatore presente nei primi focus group è stata un'infermiera, estranea al contesto dove si sono tenuti i focus group, che ha osservato le sessioni da una prospettiva diversa prendendo note (spazialmente situata fuori dal cerchio del focus e seduta fuori dal campo visivo della maggior parte del gruppo che era invece in genere situato attorno a un tavolo o in cerchio seduto). L'ascolto ripetuto delle tracce (almeno due volte per focus group) e l'integrazione delle note ha permesso di avere una migliore comprensione delle potenzialità espressive e di contenuto dei partecipanti al focus group (Cardano, 2011).

5.6 Processo di preparazione e analisi delle trascrizioni

Le trascrizioni, una volta impostate e revisionate, sono state importate nel software Nvivo per poter iniziare il processo di analisi. Ogni trascrizione è stata nuovamente revisionata nel software e manualmente sono stati individuati gli estratti da archiviare in nodi. I nodi in Nvivo sono l'insieme delle codifiche che vengono scelte dal ricercatore in relazione a un determinato tema che si vuole identificare in un testo (Nvivo 12 plus manual, 2018). Il processo stesso di lettura e di scomposizione del corpus dei dati in unità che condividessero temi simili, e la successiva codifica e attribuzione dei nodi, ha rappresentato un processo di ciclico ed esplorativo di revisione dei contenuti del presente lavoro da parte del ricercatore (Mayan, 2009) ed ha incontrato successive revisioni anche dal confronto inter-codificatorio. Seguendo una semplificazione del testo che il software richiede, sono stati attribuiti dei codici alle domande guida presentate durante i focus group, in tal modo è stato possibile procedere con l'analisi nel software rispettando la sequenza delle domande stesse. A tal proposito, è necessario sottolineare che ogni focus group ha affrontato le domande con stili differenti. La natura stessa della tematica presentata e la conduzione dei focus group hanno offerto un margine di libertà per i partecipanti, in modo da ampliare e sondare alcuni aspetti rispetto altri.

Dalle trascrizioni e anche nell'ascolto delle tracce è emersa una notevole variabilità dello spazio dedicato alla risposta ed elaborazione delle domande tra i diversi gruppi. Di contro, alcune discussioni o racconti hanno caratteristiche circolari e riflessive, dove, assieme alla risposta alla domanda specifica veniva restituita spontaneamente anche una considerazione su ciò che era stato affrontato prima o un ritorno a un ragionamento emerso nelle precedenti domande, come un fluire attraverso la tematica del contatto (Cardano, 2009). Nell'analisi del contenuto è stata rispettata questa circolarità, pertanto nel processo di codifica e di suddivisione dei temi che sono emersi non sono state considerate le domande nella loro sequenza ma l'intero svolgersi di ciascun focus group come un flusso.

5.6.1 Definizione delle unità di analisi

L'analisi del contenuto prevede delle fasi distinte (Alivernini et al. 2008; Finfgeld-Connett, 2014) e, coerentemente con le domande di questa parte del lavoro di ricerca, si è andato a definire le unità di analisi. Come primo passo, è stato scelto di identificare la parola contatto come unità di analisi principale. La parola "tocco" e "contatto" sono state cercate con un text-search nel software, per tutte e sei le trascrizioni, in ogni frase, periodo, affermazione, commenti e storie dei partecipanti allo studio. Sono state considerate tutte le parole o diverse flessioni di uno stesso lemma (ad es. tocc-are/ato/e/i e contatto/are/ato/e/i) e parole che condividessero un medesimo significato di esercizio di un gesto che mettesse in contatto l'agente con il corpo di un altro (destinatario dell'azione), ad esempio: sfiorare, massaggiare, abbracciare. O altresì incluse frasi composte da parole (ad es "poggiare") che , sebbene non fossero derivate dalla parola "contatto" descrivevano comunque una situazione di contatto (ad es. poggiare la mano). Il software Nvivo permette di gestire questo processo con più facilità (specialmente la ricerca della singola parola), rispetto alla ricerca manuale, soprattutto quando si hanno materiali testuali lunghi (Alivernini et al., 2008; Losito, 1996).

5.7 Approccio iniziale alla fase di codifica e alla creazione di nodi

La codifica iniziale ha avuto come obiettivo quello di andare a determinare, con una ricerca lessicale nelle trascrizioni, attraverso Nvivo, le caratteristiche del contatto descritte dagli infermieri nei focus group. L'aspetto principale che è stato esplorato ha riguardato la frequenza delle parole/criterio scelte per descrivere il contatto (e sinonimi) presenti tra i gruppi (formati e non formati) in modo da ottenere un quadro generale delle occorrenze ed eventualmente poterne osservare possibili differenze. Dalle prime *query*, il peso e la ricorrenza tra i gruppi delle parole ricercate sul contatto non si è dimostrata dopotutto significativa, in quanto non sono state trovate grosse differenze tra i gruppi che hanno partecipato alla formazione e i gruppi di infermieri che non hanno partecipato (Tab.10). I termini legati all'abbraccio sono più frequenti nel gruppo dei formati poiché è una tematica che ha occupato molto spazio in un focus group (Ospedale Sant'Andrea di Roma) sollecitando una lunga discussione in risposta alla domanda del questionario legata proprio all'abbraccio/abbracciare. Questi risultati hanno portato alla decisione di continuare l'analisi delle trascrizioni osservando tutti e sei i focus group come una dimensione unica.

Tab.10 – Confronto risultati ricerca parole/testi in Nvivo		
Parola	Gruppo Formati	Gruppo non Formati
Contatto	135	155
Toccare, toccarli	38	32
Abbracciato/a	37	10
Tocco	32	30
Toccato, toccati, tocca	31	11
L'abbraccio, abbraccio	29	19
Abbracciare	29	15
Massaggiare, massaggio	19	9
Tocchi	15	13
Carezza	11	7

Dopo la prima osservazione del materiale testuale con la frequenza delle parole, si è proceduto alla categorizzazione sia manuale che con l'assistenza del software, degli estratti all'interno dei quali comparivano le parole. Gli estratti sono stati così selezionati in quanto presentavano, e quindi contenevano, un riferimento specifico alle parole identificate dalla "text search" iniziale. Necessario specificare che nel linguaggio Nvivo sono presenti termini semplificati, pertanto la funzione "coding", utilizzata per facilitare questa fase, corrisponde essenzialmente ad una archiviazione di estratti delle trascrizioni e non ad una assegnazione di codici classica. In aggiunta a questo primo criterio, nel processo è stato necessario revisionare le trascrizioni per identificare ulteriori frammenti di frasi che non sono stati determinati nella "query" del software. Nello specifico, quelle frasi che rinviassero come reti o contesto di significato alle seguenti modalità di contatto interpersonale, rispetto a frasi generiche dove fosse presente il contatto ma non con riferimenti specifici al contesto di cura.

Ne sono un esempio le seguenti modalità di contatto possibili, incontrate nei testi:

- Esperienze di prossimità fisica con il paziente (ad es. entrare in contatto durante le cure della persona)
- Contatto procedurale/strumentale (ad es. toccare nell'eseguire una terapia)

- Contatto per offrire supporto emotivo (ad es. un abbraccio nei momenti di ansia e tristezza)
- Riflessioni personali sulle proprie modalità di contatto (ad es. il piacere nel toccare)
- Descrizioni di pratiche di contatto conosciute e condivise nei contesti di cura (ad es. utilizzo del massaggio)
- Gestualità nel contesto di cura (ad es. poggiare la mano sulla spalla durante un colloquio)

L'intero processo di selezione e archiviazione di frasi dai testi ha prodotto circa 200 estratti, i quali sono stati ridotti a 175 in una seconda revisione, escludendo alcune ridondanze e commenti (ad es. stesso concetto ripetuto due volte nello stesso periodo durante il discorso).

Nella fase successiva si è proceduto ad una codifica (assegnazione di una etichetta verbale di sintesi ai commenti) per la definizione dei nodi con Nvivo. I nodi in Nvivo rappresentano le categorie, "contenitori" degli estratti utilizzati, create sulla base di un processo inferenziale di astrazione e generalizzazione dei riferimenti specifici (in questo caso sul contatto) richiamati negli estratti da un punto di vista semantico e di reti di significato. Le categorie (nel software Nvivo sono chiamate "nodes") sono state generate leggendo con attenzione più volte ogni estratto, osservando e annotando l'emergere di parole, descrizioni di azioni e situazione clinica o personale. Al fine di rendere espliciti i criteri di assegnazione dei testi alle categorie è stato creato un *codebook* (Tab.11) nel quale sono ordinati e descritti il nome del nodo, la sua definizione, esempi di testo (Alivernini et al., 2008).

Ogni estratto ha la lunghezza che va da un frammento di frase, a una frase, fino a un breve commento. Nel codebook è stato deciso di aggiungere il numero di estratti selezionati per ciascun nodo, in modo da avere una visione di quantità riguardo la ricorrenza nel focus group delle diverse categorie.

L'affidabilità del processo di analisi è stata garantita attraverso diversi confronti interanalisi con il tutor, nei quali sono state verificate e discusse le scelte di assegnazione e selezione dei testi, nonché il razionale delle interpretazioni di contatto interpersonale.

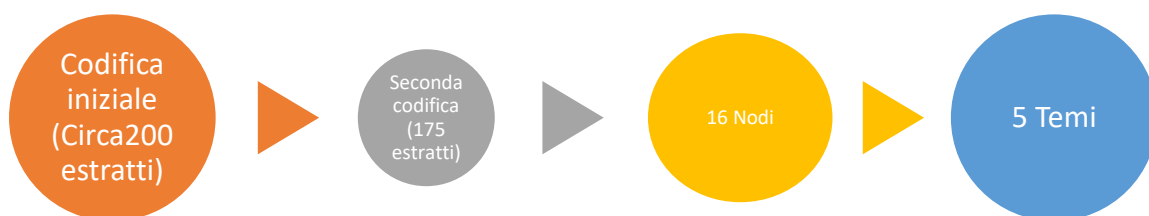


Figura 2 Analisi del contenuto-Processo di codifica: dagli estratti ai temi

I 16 nodi identificati a loro volta sono stati oggetto di revisione. Il processo stesso di rilettura e confronto dei nodi ha richiesto di volgere uno sguardo al lavoro svolto fino a quel momento, confrontando, migliorando ed affinando le definizioni create. Alcuni dei nodi fortemente presenti alla prima lettura e codifica sono stati rinominati e definendone meglio

le caratteristiche (ad es. nel nominare il nodo del contatto descritto supporto emotivo era stato utilizzato inizialmente il termine *contenimento emotivo* in quanto presente nella letteratura come “emotional containment”; da un confronto interanalisi è stato ritenuto opportuno adottare il termine supporto in quanto più vicino al senso della descrizione nell’italiano).

Inoltre, altri nodi hanno potuto essere compresi in nodi più grandi e allo stesso tempo considerati nella loro particolarità e contribuito alla definizione dell’aspetto che andavano a descrivere (ad es. nell’aspetto di contatto come forma di comunicazione hanno potuto esser compresi i nodi che descrivono situazioni dove il contatto è rappresentato sia come forma di comunicazione non verbale che complemento alla comunicazione verbale o allo sguardo). Nel processo di codifica per la creazione dei nodi sono così emerse diverse caratteristiche del fenomeno narrate dai partecipanti, che hanno rappresentano ulteriori aspetti del contatto nell’ambito assistenziale. Tali aspetti nuovi e diversi, non riconducibili, a un primo esame, alla cornice teorica (cioè della divisione nei tre tipi di contatto ovvero strumentale, comfort e supporto emotivo) hanno favorito la ricerca di ulteriori definizioni di contatto che affioravano nelle interpretazioni dei partecipanti. Nello specifico, descrizioni di aspetti del contatto visto come relazione o preoccupazioni sulla lettura dei segnali sociali che permettono di comprendere se c’è il “permesso” di entrare.

Tab.11 ‘Codebook’ generato dalla prima codifica

Categoria/nodo	Numero di estratti	Definizione/Descrizione	Frase esempio
Piacere nel toccare e necessità dell’infermiere	8	Un contatto cercato ed espressamente descritto dall’infermiere come esperienza piacevole e/o personale predisposizione	(raccontando un’esperienza di osservazione di pratiche videoregistrate) ... quando mi hanno filmato 'a ma tu tocchi!'. <i>Tocchina</i> mi chiamavano! Ho detto: 'ma forse devo tocca di meno?' poi ho detto: 'ma perché togliermi questo piacere?' e perché soprattutto togliere questo piacere all'altro. Ref.74GGC
Essere infermiere	7	Contatto visto come parte fondamentale dell’identità professionale infermieristica.	“Secondo me è fondamentale nel senso che non, per il tipo di lavoro che facciamo, non ci possiamo esimere dal contatto con il paziente cioè è proprio la

			base dell'essere infermiere". Ref.53SAGC
Contatto come comunicazione e come senso multimodale	17	Comunicazione attraverso il contatto, quanto il senso del tatto 'lavora' assieme agli altri sensi o come emergono le diverse gerarchie sensoriali nella comunicazione con il paziente e la situazione clinica	"(in camera operatoria)...quindi <i>devi comunque toccare. Prima di fare questo, la guardi, la tocchi, la fai sedere e gli spieghi quello che devi fare, quello a cui dovrà andare incontro".rif 84 SAGS</i>
Gestualità di cura	18	Descrizioni di gesti abituali, più o meno consapevoli, che non sono direttamente riconducibili ad un agire procedurale o per supporto emotivo. Gesti che accompagnano il muoversi nel contesto di cura, a volte condivisi e altre istintivi.	Ma il collega io ho notato proprio questa cosa, che bastava che lui facesse così (<i>mostra gesto di poggiare la mano sulla spalla</i>) ...ma niente, lui mi ha levato l'ago... E io ho sentito proprio questo mancato tocco. Questa cosa me la ricorderò per sempre. Rif.58 IFOGS
Bisogno del paziente	6	Quando il contatto è raccontato come voluto e cercato del paziente.	...vengono a dirci quello che hanno, l'esame come è andato e quindi hanno proprio bisogno di essere toccati. Ref.3IFOGS
Rifiuto del paziente	10	Contatto rifiutato sia per caratteristiche personali che per situazioni cliniche	È che a volte stanno così male che non vogliono essere toccati, secondo me a anche il solo toccarli fa male anche alla pelle. Ref. 114GGC
Consapevolezza e riflessioni sul contatto nel proprio agire professionale	32	Diversi livelli di consapevolezza o esplicite riflessioni nelle trascrizioni, dello spazio che occupa il contatto nel proprio agire	Io sono sempre stata una persona di contatto ma da sempre, prima ancor di essere infermiere e il contatto visivo il contatto di contatto è sempre stato un

		professionale, emerse in sede di focus.	mio modo d'essere mi è sempre venuto spontaneo e naturale. È solo che non lo sapevo. Ref.59 SAGS
Quando il Contatto è obbligato e necessario per le cure	6	Contatto descritto come necessario per le cure ma anche tutta la gestualità obbligata per manovre e assistenza.	...c'è proprio il contatto fisico perché devi posizionare il paziente sul tavolo operatorio in determinate posizioni. Ref.90 IFOGS
Storie personali: scarsa attitudine o background culturale e familiare	18	Attitudini personali, preferenze nel contatto ed esempi legati al background culturale come influenza sulla predisposizione o no al contatto	Un po' invidia chi ha tutta questa, no voglia, però capacità di poter avere un contatto proprio fisico con il paziente. Per quanto riguarda il contatto verbale e visivo sì. Ma questa cosa del toccare io non, non ci riesco. Rif. 132IFOGS
Relazione	23	Quando il contatto viene esplicitamente descritto come fattore importante nella relazione attraverso frasi che descrivono il senso del tatto o il toccare principalmente come un entrare in relazione o creare legame o rapporto.	...è un percorso molto ampio e come lei condivido, cioè è stato anche per me il rapporto con il paziente, è stato molto importante. Il toccarsi, il rapporto di solidarietà e di, a parte l'empatia, e stare lì ad ascoltare. Rif.94IFOGC
Interpretazioni dell'abbraccio	16	Utilizzo dell'esempio dell'abbraccio e dei diversi tipi di scenari per raccontare le proprie esperienze e attitudini.	...c'è invece l'abbraccio dove c'è la sofferenza perché ha ricevuto una cattiva risposta un esito negativo di un esame e quindi il conforto. Rif.168 SAGC

Supporto emotivo	18	Contatto come agire (consapevole o no) per fornire supporto emotivo sia nei momenti di ansia o di stress che nella pratica quotidiana. Gestualità di supporto e contenimento raccontata nelle sue sfumature.	Il contatto, cioè proprio senza sapere nulla soltanto poggiare un braccio sulla gamba o sul braccio e dirgli di respirare. Ma sia soltanto il contatto, messo la mano sulla gamba la persona già vedevi che comunque era tranquilla e riuscivi a fare l'esame in modo tranquillo insomma tranquillamente. Ref.150SAGS
Lettura segni sociali	10	Riflessioni, domande esplicite e racconti sui diversi 'social cues' ovvero come interpretare se si ha il permesso o no di toccare, per entrare in contatto con l'altro.	...quando è derivato proprio dalla persona e te lo fa capire, che ha bisogno del tuo abbraccio perché altrimenti spontaneamente e uno si tiene un po' non è che...Rif.81 SAGS)
Tempi del contatto	4	Rappresentazioni discorsive del contatto nei tempi della cura e contrasti con i tempi dell'organizzazione	Diciamo che il contatto sicuramente è fondamentale nel nostro lavoro però secondo me cioè lo facciamo continuamente però da alcuni fattori come magari il caos in cui lavoriamo, i tempi, la dinamicità molte volte lo facciamo in un modo magari sbagliato. Ref.176 SAGS
Contatto e morte	8	Presenza di esperienze di contatto specifiche nell'assistere il morente	Una ragazza stava morendo. Era diciamo arrivata mi ha abbracciato forte e mi ha detto: ' ci vuole coraggio'...lì è stata una cosa...non si può spiegare ecco... (Ref.50GGS)

Contatto inter/intra professionale	3	Interpretazioni del contatto in relazione alle diverse professioni	... e diverse volte mi dicevano "lei non è un dottore vero? Si vede! perché mi ha accarezzato!" Rif.54 SAGS
------------------------------------	---	--	--

5.7.1 Dalle categorie ai temi

Il lavoro di identificazione dei temi principali ha richiesto uno sguardo e ricerca di collegamenti e similitudini tra i diversi nodi. Il passaggio dall'unità interpretativa, scomposta ed estrapolata dal contesto narrativo, fino alla creazione di categorie e ad un'attribuzione di significato e di costruzione di temi è stato reso possibile tramite un processo di astrazione e di confronto (Cardano, 2009).

Il tema, detto anche categoria principale (Elo&Kyngäs, 2008) è il risultato di una strategia euristica che si attualizza in una serie ordinata e tracciabile di "atti cognitivi", per cui lo sguardo si rivolge ad un fenomeno e ne fissa le categorie presenti, secondo la cornice concettuale scelta e condivisa, andando a fornire dei possibili temi presenti nell'oggetto dello studio (Mortari, 2011).

Nell'osservare i nodi emersi dall'analisi è stato possibile associarne le caratteristiche per similitudine e significato in un tema. Un esempio, del processo utilizzato per identificare un tema, consiste nell'aver associato i nodi che riguardano sia l'essere infermiere che quelli riguardanti il contatto come consapevolezza e descrizione di un agire assistenziale in un tema sul contatto nella professione (denominato 'mandato professionale e consapevolezza del contatto'). I temi identificati non debbono essere visti come aspetti indipendenti, ma presentano in realtà aree di sovrapposizione e profondi legami tra di loro, essendo diversi aspetti del contatto (ad es. dal procedurale al gesto di cura intenzionale) che possono anche essere agiti e coesistere nel contesto assistenziale (Chang, 2001).

5.8 Temi identificati nell'analisi

I temi identificati per questa analisi sono: il mandato professionale e la consapevolezza del contatto, contatto nel supporto emotivo e nella relazione, gesti di cura, entrare in contatto con il paziente e contatto come comunicazione.

5.8.1 Mandato professionale e consapevolezza del contatto

"Anche nella pratica clinica, nel senso nelle tecniche e di esecuzione di qualunque manovra c'è il discorso del contatto che poi può essere fisico o non fisico poi qualunque cosa sia è fondamentale cioè il cercare il contatto come l'aver il contatto con l'altro è d'obbligo nel senso che è proprio.... Secondo me non se ne esce da questa cosa" Ref.32 SAGC

In questo tema sono confluiti cinque nodi di rappresentazioni della relazione tra contatto e lavoro (fig.3). Gli infermieri del focus group hanno potuto, sin dalla prima domanda fatta durante la sessione, riflettere sul contatto e riportare le loro esperienze, con differenze di

descrizione tra i setting di cura rispetto a chi non è più nelle cure dirette ma in servizi ambulatoriali o in aree di assistenza territoriale.



Fig. 3 Tema del Mandato professionale e consapevolezza del contatto

5.8.1.1 Consapevolezza e riflessioni sul contatto nel proprio agire professionale

In questa categoria sono presenti gli estratti che richiamano alle rappresentazioni del contatto nel lavoro, sono le affermazioni nate nella prima fase dei focus group, nella quale veniva chiesto di parlare dell'importanza del contatto nella propria pratica o area oppure la propria esperienza professionale. Dagli estratti emergono riflessioni sulla presenza e utilizzo del senso del tatto nella pratica assistenziale, riportate sia come momenti di consapevolezza (delle riflessioni 'a voce alta') che come presentazione del proprio ruolo nel setting di cura (ovvero cosa si fa, quali pratiche più o meno di contatto).

*"Però **il contatto** io è una cosa che veramente non avevo dato importanza ma è invece una cosa che io **faccio continuamente**. Probabilmente non me ne accorgo..." Ref.33SAGC*

*"Diciamo che **il toccare mi riguarda un po' da vicino** nel senso che mettere le mani sul paziente è proprio, lo faccio quotidianamente e in maniera continuativa con più o meno dolore che posso provocare al paziente per tutta una serie di problematiche e **quindi il discorso del tocco mi riguarda molto**." Ref. 11SAGC*

Sono presenti anche rappresentazioni del contatto che riportano, come riflessione iniziale, soprattutto discorsi sulle manovre e tecniche (ad es. prendere campioni, somministrare terapie etc.) per le quali è necessario toccare il paziente.

*"c'è il momento **dell'incannulamento della vena** e quindi c'è il toccare con il braccio"(rif.9IFOGS)*

*"...nel senso **nelle** tecniche e di esecuzione di qualunque manovra c'è il discorso del contatto" (rif.8-SAGC).*

*"(in riferimento al lavoro di camera operatoria)...preferisco stare fuori tavolo, proprio perché fuori tavolo comunque e ti presenti con il paziente, **gli prendi la vena**, lo posizioni, lo tocchi". (rif. 27IFOGC)*

5.8.1.2 Essere Infermiere

Nelle trascrizioni sono emersi anche estratti dove assieme alla consapevolezza dello spazio che più o meno prende il contatto nella pratica c'è un riferimento all'essere infermiere. Rappresentando un passaggio ulteriore, rispetto alla precedente descrizione di contatto nelle manovre o tecniche, dove viene descritto il contatto come 'parte normale assistenziale' o come 'prassi normalissima' anche il contatto offerto per garantire il comfort fisico o definito come 'fondamentale' e infine parte dell'essere infermiere.

"...per me fanno parte proprio della parte assistenziale, ad esempio la domanda del massaggio ai piedi (presente negli item del questionario riproposti nel focus group). Nel senso massaggiare un piede, mettere la crema a una gamba del paziente mi sembra normale." (rif. 66 IFOGC)

"Toccare con l'abbraccio, cioè per me è normale, già che ti abbraccia quando lo devi alzare dal letto aiutarlo a metterlo sulla sedia o che si sfoga piangendo tra le tue braccia o quando gli fai le cure igieniche, il massaggio. Per me è prassi normalissima". (rif. 65 IFOGC)

Secondo me è fondamentale nel senso che non, per il tipo di lavoro che facciamo non ci possiamo esimere dal contatto con il paziente cioè è proprio la base dell'essere infermiere. (rif. 68SAGC).

5.8.1.3 Contatto Obbligato

L'infermiere nella sua routine e pratica entra in contatto frequentemente con il paziente, a seconda dell'area e del servizio esistono situazioni di totale dipendenza del paziente (come le terapie intensive o le unità spinali). In questi estratti ci sono le riflessioni sulla gestualità che caratterizza e descrive la pratica, gesti quindi "obbligati" dalla situazione clinica o dal compito che si sta svolgendo. Nelle riflessioni viene rimandato quanto sia inevitabile toccare e necessario entrare in contatto.

"E noi i pazienti, lei lo sa (guardando la collega vicino), noi tutte le mattine facciamo il bagno a letto al paziente. Cioè dalla testa fino ai piedi. Non è una...è proprio per abitudine quindi il fatto di toccare il malato è una necessità loro..." rif 101 GGC

"(durante gastroscopia/colonscopia) ...noi li abbracciamo proprio terapeuticamente perché magari dobbiamo prendere la pancia o che (per facilitare l'esame)" rif 105 GGS

5.8.1.4 Tempi del Contatto

Il tema tempo è stato portato come ostacolo nel provvedere a un contatto e a una presenza maggiori nel contesto assistenziale. Nella letteratura sono apparse spesso descrizioni di difficoltà al contatto dovute alla scarsità di tempo per effettivamente stare con il paziente (Pedrazza 2015,2017). Nei gruppi questa è in realtà una caratteristica poco rappresentata o marginale rispetto agli altri nodi di questo tema.

"(riferendosi alle urgenze del reparto) ...perché magari a un paziente normale non c'abbiamo neanche il tempo di fargli una carezza!" rif 189 GGC

"...molte volte per la fretta facciamo una cosa quasi meccanica però non diamo importanza al gesto che noi facciamo del contatto che stiamo facendo in quel momento però lo stiamo facendo quindi magari" rif. 186SGS

5.8.1.5 Contatto intra/inter professionale

Un aspetto professionale che viene rappresentato, in misura molto minore, è la relazione con colleghi e professione medica. Estratti dove c'è un riferimento alle diverse professioni e a riflessioni sul contatto in senso più ampio ed anche più figurato (come ad es. entrare in contatto con altri professionisti o il tocco come relazione professionale o incontro).

*"...e poi anche un discorso di tocco di rapporti cioè non solo con il paziente **ma anche tra operatori**"* rif. 61 SAGC

*"...i chirurghi plastici con cui all'inizio c'era stato **un tocco un po' ruvido** nel senso che grosse litigate tra di noi perché era un concepire il mondo in maniera molto diversa"* rif 63 SAGC

5.8.2 Contatto nel supporto emotivo

Il tema del contatto visto come occasione professionale o personale per offrire presenza e supporto emotivo è molto presente nelle trascrizioni dei partecipanti ai focus group. Sono stati estratti, dalle trascrizioni, tutte le diverse modalità espresse di occasioni di contatto rappresentato come possibilità di supporto emotivo o per rassicurare il paziente; nella ricerca sono state prese in considerazione le frasi dove assieme alle manifestazioni di emozioni e sentimenti compare il contatto. Nel tema sono confluite le seguenti categorie: contatto per offrire supporto emotivo, le interpretazioni dell'abbraccio e contatto e morte (fig.4).



Fig. 4 Tema del Contatto nel supporto emotivo e nella relazione

5.8.2.1 Contatto per offrire supporto emotivo

Nel nodo del contatto offerto o vissuto come supporto emotivo sono contenuti gli estratti dove il gesto di entrare in contatto nei momenti di difficoltà è definito dagli infermieri partecipanti come parte essenziale nella professione. Un grosso ruolo del supporto emotivo del contatto per gli infermieri è rappresentato dal sostenere chi sta vivendo momenti di ansia o disperazione.

*"Questa mattina... un paziente è venuto da me piangendo 'ma perché sto qua Io se sto bene?' È scoppiato a piangere e mi ha **abbracciato...**"* rif. 165 SAGS

*"(parlando dell'Hospice) E lì ho imparato, cose, sai abbracciare il paziente che non vuole morire **gestire la sua rabbia**".* Rif 152GGC

Inoltre, le trascrizioni sono popolate da descrizioni di scenari dove la prossimità fisica (attraverso il poggiare la mano, restare in contatto oppure abbracciare) rappresentano delle

soluzioni (anche pratiche) per gestire l'ansia e/o supportare l'espressione emotiva del paziente.

*"...il contatto cioè proprio senza sapere nulla **soltanto poggiare un braccio sulla gamba o sul braccio** e dirgli di respirare. Ma sia soltanto il contatto, messo la mano sulla gamba la persona già vedevi che comunque **era tranquilla** e riuscivi a fare l'esame in modo tranquillo insomma tranquillamente" rif 168 SAGS*

*"... se mi capita che un paziente, che ne so, sta in radiologia interventistica ed **ha il terrore** io entro e vedo, per me il toccarli, entrare e **stringergli la mano...**" rif 162 SAGC*

Oppure vere e proprie skills acquisite, dove attraverso il contatto e il massaggio viene donata tranquillità al paziente.

*"...la sera oppure quando ricoverano questi **pazienti agitati noi li massaggiamo** con l'olio insieme agli altri infermieri. **Si tranquillizzano**, evitiamo fiale intramuscolo (nel senso di tranquillanti o altri farmaci)" rif. 152 GGS.*

In questo nodo, attraverso le descrizioni degli infermieri più vicine al mondo emotivo sia del paziente che del curante, vengono rappresentate anche le situazioni dove il contatto avviene e non rappresenta un'azione solo di supporto o una gestualità più o meno automatica di conforto. Si tratta di un'azione consapevole di scambio e di riconoscimento del mondo emotivo dell'altro (come contatto emotivo o toccare con la mano per rassicurare ed orientare).

*"Il contatto è un esserci, se si tocca con le mani ma è un esserci se **siamo in contatto emotivo** con la voglia di dire ' sono qui se hai voglia mi puoi parlare, mi puoi guardare, io ti ascolto'." rif 162 GGS*

*"(nell'orientare il paziente prima dell'intervento) ...allora la prima cosa che devi fare è mettergli la **mano addosso** e fargli capire che, comunque si troverà in un ambiente per lui sconosciuto però dove **noi siamo presenti**" rif 160 IFOGs.*

5.8.2.2 Interpretazioni dell'abbraccio

Nella parte dei focus group dove sono stati affrontati, riproponendoli, assieme al gruppo gli item dei questionari della prima fase dello studio, l'attenzione è stata catturata dalla tematica dell'abbraccio (una domanda del questionario era appunto se abbracceresti o no il paziente). La discussione, a volte molto viva, sul tema dell'abbraccio ricevuto o offerto al paziente ha spaziato in diverse direzioni. Questo nodo può essere visto come 'trasversale' rispetto agli altri, poiché ricorrono nell'abbraccio diverse declinazioni di contatto, ma essendo principalmente rappresentato nel materiale testuale come un rassicurare è stato incluso in questo tema. Alcuni infermieri hanno definito l'abbraccio nel suo potenziale sia di supporto emotivo che di conferma della presenza o semplicemente come gesto abituale consentito nel setting di lavoro. Tra l'altro, sono state descritte situazioni di abbraccio necessario per una procedura o per mobilitare che portano riflessioni sulla prossimità fisica e sulla presenza infermieristica nel contesto assistenziale.

*“Toccare con l’abbraccio, cioè per me è normale, già che **ti abbraccia quando lo devi alzare dal letto aiutarlo a metterlo sulla sedia o che si sfoga piangendo tra le tue braccia** o quando gli fai le cure igieniche, il massaggio. Per me è prassi normalissima” rif. IFOGC*

Un abbraccio per salutare, per ringraziare o alla fine di un evento stressante (come ad esempio una comunicazione di diagnosi).

*“ C’è invece **l’abbraccio** dove c’è la sofferenza perché **ha ricevuto una cattiva risposta un esito negativo di un esame e quindi il conforto**” rif 184 IFOGS.*

*“(riferito ad un esame strumentale) **Quando finisce tutto tendono ad abbracciarti loro...**” (rif.173-IFOGS)*

*“Ed è stato proprio **un abbraccio quasi per ringraziarci. Grazie che non mi hai detto bugie. E io grazie perché mi hai fatto partecipe.**” (rif.171-SGC).*

Nella tematica dell’abbraccio sono sorte anche riflessioni personali sul quando dare e ricevere.

*“...mi verrebbe molto **più facile ricevere un abbraccio che andare Io da un paziente e darglielo...**” (rif.170-SGS)*

Assieme all’abbraccio che avviene come modalità di sostegno emotivo è stato molto presente nelle discussioni e racconti le riflessioni sulla reciprocità di questo gesto (sul sentirsi nell’abbraccio).

*“Mi sono **‘sentito’** insomma quando mi ha abbracciato (riferendosi ad un abbraccio ricevuto inaspettatamente da un paziente)” (rif.180-SAGS)*

*“Un abbraccio che dici: **Quella volta ho abbracciato o mi hanno abbracciato**” rif. 174 SAGS*

*“L’abbraccio cioè **accettare l’altro** con le sue fragilità è un modo per accettare sé stessi” (rif.176-SAGC)*

5.8.2.3 Contatto e morte

La presenza nelle cure del fine vita del contatto è emersa spontaneamente in numerose narrazioni degli infermieri, pertanto è stato creato un nodo a parte. Sono storie dove il contatto ha a volte sostituito qualsiasi possibile intervento. Il contatto dell’infermiere in queste storie, emerge sia come supporto emotivo che come contenimento e in alcuni casi viene sottolineato come un’azione competente e professionale (come ad esempio descrizione di scenari di cura dove c’è il contatto con la mano fino alla fine).

*“Quest’uomo se ne stava andando. Allora c’era da scegliere o **rimanere con lui toccandolo**. (Io: in contatto?) **In contatto oppure andare a cercare qualcuno, io ho scelto la prima, sono rimasta con lui**” rif 59GGS*

*“Poi ce ne avevo una invece che amava essere **toccata solo da me fino all’ultimo giorno**” rif 55SAGC*

*“Una ragazza stava morendo. Era diciamo arrivata **mi ha abbracciato forte e mi ha detto: ‘ ci vuole coraggio’ ...lì è stata una cosa...non si può spiegare ecco**” rif58 GGS*

Nella rassegna bibliografica è stato visto quanto il contatto nel fine sia ritenuto fondamentale per accompagnare e per trasmettere presenza; del resto è proprio il senso del tatto tra i tutti i sensi il primo a comparire ma anche l'ultimo ad andarsene (Montague, 1970).

5.8.3 Gestì di cura

Nel tema dei gesti di cura sono confluiti i nodi propri della gestualità di cura e quelli che vengono dichiarati esplicitamente di contatto come relazione (fig.5). Gestì di cura che caratterizzano il muoversi nella pratica clinica intenzionale ma che non sono riconducibili direttamente con l'entrare in contatto per offrire supporto emotivo o per delle ragioni strumentali/procedurali. Nel tema dei gesti di cura sono compresi gli estratti dove la riflessione sul contatto con il paziente emerge con parole e frasi legate a momenti di relazione, riconosciuti e condivisi come pratica infermieristica (Mortari, 2013)



Fig. 5 Tema dei Gestì di cura

5.8.3.1 Contatto e relazione

Nel nodo che riguarda l'aspetto di relazione sono comprese le frasi dove l'attenzione è spostata a momenti di cura dove le parole come appunto relazione, interazione, rapporto, condivisione, empatia o interpersonale sono più presenti. L'associazione delle parole di contatto con l'entrare in relazione sposta l'attenzione da ciò che è stato descritto precedentemente come prerogativa del fare o del toccare per eseguire un compito a un'altra espressione del nursing.

“Io ho un background oncologico appena uscito dal corso di laurea che mi ha legato a questa situazione del tocco e al discorso più che del tocco fisico anche del tocco proprio emotivo e dei rapporti interpersonali con i pazienti” rif. 74 SAGC

“Il contatto è vita, cioè è condivisione è interazione, non saprei che altro aggiungere. Per me è essenziale, non ho contatto ecco con le persone con le quali non ho un rapporto” rif. 108 SAGC

Sono stati rappresentati ambiti di lavoro o descrizioni di personali punti di vista dove il rapporto e la relazione con il paziente assumono importanza e vengono completate (o valorizzate) dal contatto.

*“il mio lavoro è caratterizzato più che altro esclusivamente dal **rapporto e che viene creato con proprio, con il paziente rapporto fondamentale. La carezza al momento giusto e anche fatto dal semplice tocco alla spalla, guardarsi negli occhi e anche il semplice: come stai? come non stai?”** rif 115 GGS*

*“Libera professione quindi a domicilio e quindi **l’empatia quando si entra nelle case. Empatia, tocco, insomma sono cose essenziali.**” Rif 110 GGS*

5.8.3.2 Gestualità di cura

Come da definizione del codebook, rientra in questo nodo tutta la gestualità che caratterizza l’interazione infermiere paziente non diretta (come per la relazione) o definibile come un atto mirato al momento di terapia o altro. Si tratta quindi di gesti, movimenti di contatto che accompagnano il muoversi nel contesto di cura. Sono stati pertanto considerati gli estratti dove l’infermiere narrava un episodio di contatto dove assieme a un gesto (ad es. poggiare la mano, cercare la mano, toccare la spalla) si associano dei comportamenti sia di cura che di presenza.

*“Ad esempio, **la mano è già più facile.** (rispondendo alla domanda del contatto nel proprio lavoro) **Se ti poni vicino al letto del paziente la prima cosa che per dire lui cerca è la tua mano**”.* Rif 71 IFOGC

*“**Insieme al saluto ‘buongiorno’** (fa il gesto) e **poggio una mano sui piedi.** E loro magari, toccandogli i piedi, parte un sorriso no? Come se si sentissero, diciamo, coccolati da questo da questo...cioè non è un buongiorno freddo” rif. 78 GGC.*

I gesti di cura nel contatto tra infermiere e paziente, sono dopotutto classificabili come momenti per accompagnare anche un’azione terapeutica; la quale, dagli estratti, ne esce completata e rinforzata. Il gesto di cura come caratteristica, in questo specifico, infermieristica è presente nella letteratura e nelle teorie del Caring; il gesto che valorizza un agire intenzionale, mirato al benessere della persona (Watson, 2009). Nella rassegna dei primi due capitoli, si è visto l’emergere di un corpo di studi interessato ad osservare quello che avviene nel contesto della relazione infermiere paziente, spostando il focus su tutta la gestualità che caratterizza il prendersi cura specifico del nursing con i suoi significati e possibili interpretazioni (Mortari, 2013; Papastrovu et al. 2012, Pedrazza, 2015).

*“Gli sistemavano questa maschera che era...io ero lì a somministrare la sedazione ma con **l’altra mano gli tenevo il polso e allo stesso tempo gli parlavo. Gli dicevo~ ~ Sono qui non me ne vado finché tu non mi dici di star bene~**” rif 76 IFOGS*

*“Non so cosa le ho detto so solo che a distanza di giorni **le tenevo la mano lei me la stringeva la mano e ci abbracciavamo**”.* rif 81 SAGC

*“Lavoravo in una sala operatoria dove dire, ti fanno un intervento devi comunque essere sveglia. Quanto è **importante anche toccare un piedino.** È come dire, dai siamo qui!” Rif 80 GGS*

Le riflessioni sull’insieme dei gesti che caratterizzano la professione infermieristica, con tutto il patrimonio di gestualità non codificata o tacitamente riconosciuta come momento di

cura, che entra nella dimensione del contatto interpersonale, offre la possibilità di rivedere la pratica degli infermieri dei focus group.

5.8.4 Entrare in contatto con il paziente

Il tema dell'entrare in contatto comprende i nodi, nei quali, i diversi aspetti del contatto nel contesto di cura, viene rappresentati dal punto di vista più personale o evidenziato come bisogno/rifiuto del paziente. Entrare in contatto raccoglie i nodi che interessano le storie personali, il piacere nel toccare, il bisogno del paziente e il suo rifiuto al contatto (fig.6).



Fig.6 Tema dell'Entrare in Contatto

5.8.4.1 Storie personali

Il contatto agito nella relazione con il paziente, come è già stato sottolineato dalla letteratura presentata, è anche un riflesso di propri stili e predisposizioni individuali (Montague, 1970); infatti si può essere più o meno evitanti o ansiosi nel contatto come caratteristica personale ed anche nell'assistenza infermieristica (Pedrazza, 2015). Dagli estratti sono emerse rappresentazioni del contatto dove il dichiarare ad esempio il proprio background culturale è in un certo senso servito a giustificare le diverse predisposizioni al contatto, sia per aderenza a un modello che per reazione (ad esempio nelle frasi dove si parla della famiglia o del paese di origine).

Al contempo, altri studi hanno spostato l'attenzione sul fattore culturale anche in maniera critica portando in evidenza che, seppur gli stili di contatto possono variare ed influenzarci, nel contesto di cura accade uno spostamento di attenzione e alcune regole personali possono avere una sorta di *override* rispetto alle proprie appartenenze culturali (Montague, 1970; Herstein et al., 2009; Whiteside&Butcher, 2015). Inoltre, è già stato sottolineato in questo studio, quanto nei luoghi di cura alcune regole implicite del contatto interpersonale vengono a mutare, più o meno consapevolmente.

"premetto...io vengo da una famiglia dove non sono mai esistiti abbracci e baci e carezze" rif 150GGS

*“quindi per me il tocco e il contatto è fondamentale anche se poi sono stata educata dai miei genitori. Io avevo **un padre** molto chiuso **che non mi ha mai abbracciato**” rif 146 SAGC*

*“...poi è ovvio che forse è anche **una questione di caratteristica regionale**, io sono lucana quindi **gesticolare, il toccare quindi...**” rif.148 SAGC*

Le difficoltà personali nell'entrare in contatto sono state espresse in maniera chiara da alcuni partecipanti, come la rappresentazione che appare al riguardo del costante sentirsi più a proprio agio nel toccare che nell'essere toccato.

*“**Tocco tanto le persone tanto per dire ho molto bisogno del contatto con gli altri e veramente mi fa molta impressione quando gli altri mi toccano**, cioè questa cosa strana. Cioè mi fa, nel senso...”rif.153SAGC*

*“Io avevo molta **difficoltà sui contatti** nel senso mi dava fastidio pure quando mi cercavano di accarezzare o dare un bacio. Nel senso che ero molto distante. **Non mi piaceva il contatto con i pazienti**” rif145 SAGS.*

5.8.4.2 Piacere nel toccare

Un nodo che caratterizza una sfumatura del contatto per caratteristiche personali è l'insieme delle frasi e parole degli infermieri che sottolineano un contatto cercato per motivazione personale come necessità, bisogno o momento di piacere.

*“E quindi il tocco secondo me è fondamentale io i pazienti. **Io li tocco, proprio mi viene di toccarli...di fare un massaggio con l'olio degli angeli. Mi viene di toccarli. A volte mi abbracciano proprio che sento che mi abbracciano e piangono e niente**” rif. 96 GGS*

*“...perché c'è proprio **il piacere di toccare il paziente a meno che non ci siano delle situazioni particolari**” rif 101 GGC*

Il desiderio di entrare di nuovo in relazione, anche attraverso il contatto, oltre le proprie predisposizioni e appartenenze culturali può essere anche necessità legata a una propria visione della professione. A tal proposito, oltre al piacere nel contatto con il paziente è emerso un sottolineare quanto il contatto sia rappresentato invece come bisogno importante per sostenere strategie di cura, nella presa in carico del paziente.

*“**avevo bisogno di ritornare in contatto...a un certo punto ho avuto bisogno di risentire l'altro nella presenza. Nella presa in carico nella cura**”.rif 100 GGC*

In contrasto con chi manifesta il piacere, la necessità e la motivazione nella ricerca del contatto, sono emerse anche difficoltà nell'entrare in contatto con il paziente o quanto il contatto, non venga cercato o desiderato.

*“Un po' invidia chi ha tutta questa no? Voglia però capacità di poter avere un contatto proprio fisico con il paziente. Per quanto riguarda il contatto verbale e visivo sì. **ma questa cosa del toccare io non, non ci riesco**”.rif 151 IFOGS*

5.8.4.3 Bisogno del paziente

Il contatto rappresentato come bisogno del paziente è un altro aspetto emerso dagli estratti. L'infermiere riconosce i bisogni del paziente come suo ruolo e postura mentale

secondo diverse teorie fondamentali del nursing (ad es. Virginia Henderson e la teoria dei bisogni); nella formazione infermieristica sono avvenuti diversi passaggi, affrontati nel secondo capitolo, ma l'impostazione di teoriche del nursing basate su una valutazione dei bisogni del paziente, resta (Manara, 2000). Negli estratti sono state messe in evidenza le parole associate al contatto dove emerge il bisogno del paziente, così come viene identificato dall'infermiere (sia nella descrizione di una procedura che nell'incontro di cura e relazione).

*“E durante o a fine ciclo, il paziente se sta male, se ha una problematica, ha bisogno, lo vedi che proprio **ha bisogno di essere toccato** anche se non ha niente a che vedere con la terapia” Rif. 4 IFOGS*

*“Dopo l'intervento e quindi che piangono soprattutto le donne. Gli uomini magari un po' di meno. E che invece fa piacere essere toccati. **Gli fa piacere che vieni lì** e gli dai una parola di conforto **che lo tocchi.**”rif. 3 IFOGC*

*“Cioè toccarsi, a darsi i baci, a massaggiare mia suocera, mio suocero...**qui persone che hanno un'età, qui fanno una scoperta, da anni, la prima volta che l'hanno assaggiato massaggiando, ti chiedono, vogliono** si aprono. **Piace, piace molto.** Dormono meglio durante la notte.”rif.1GGS*

5.8.4.4 Rifiuto del paziente

Nelle trascrizioni sono emerse storie di pazienti che rifiutano il contatto anche quando questo è offerto per migliorare il loro comfort. Il nodo delle difficoltà al contatto raccoglie estratti che riguardano sia direttamente i pazienti ma anche delle riflessioni che raccontano di barriere al contatto dovute alle condizioni cliniche.

Le diverse situazioni cliniche portano a confrontarsi anche con momenti dove il contatto è escluso sia per motivi fisiologici che strumentali. Inoltre, possono presentarsi situazioni cliniche o strutturali che impediscono di entrare fisicamente in contatto; queste situazioni sono narrate dagli infermieri come momenti di sofferenza o semplicemente di riflessione.

*“Ho notato a volte che quando stanno così male **non vogliono neanche essere toccati.**”rif. 129 GGC*

*“L'ultima volta quando lei ha saputo che sarebbe morta, insomma, che le avevano dato...**non si è più fatta toccare**” rif 136 GGC.*

*“Perché mica per forza tutti i pazienti vogliono essere toccati da noi! Ci sono **alcuni pazienti che vogliono essere toccati e altri no!**” rif 131 IFOGS*

Sono emerse anche storie di contatto non previsto perché il setting stesso scoraggia l'entrare in contatto con il paziente, oppure l'unica di forma di contatto è quella del contenimento fisico, come nell'ambito psichiatrico.

“nel reparto di psichiatria comunque il contatto che avviene con il paziente molte volte è più un contatto quasi aggressivo” (rif.134-SGS)

5.8.5 Contatto e multi modalità

Nel tema del contatto e multi modalità vengono i nodi del contatto come comunicazione e della lettura dei segnali sociali nel contesto assistenziale (fig.7). Negli estratti sono state cercate associazioni tra le parole di contatto e tutto ciò che rappresenta comunicazione sia

esplicitata (ad es. parole come comunicazione, dialogo, parlare o parole sono presenti anche nel “word-esarchi”) che nella composizione della frase (ad es. toccare con le parole o con gli sguardi). Le rappresentazioni discorsive del contatto nella cura degli infermieri, riportano numerose modalità di comunicazione sia verbale che non verbale definite come componenti fondamentale nella relazione con il paziente. Un processo comunicativo dove per entrare in relazione vengono utilizzati molti i canali sensoriali: la vista, l’udito e il tatto.



Fig.7 Tema del Contatto e multi modalità del senso del tatto

5.8.5.1 Contatto come comunicazione

Il contatto visto come mezzo di comunicazione è molto rappresentato negli interventi dei partecipanti, in questo nodo coesistono due aspetti della comunicazione: verbale e non verbale. La comunicazione non verbale viene qui rappresentata sia come il vero e proprio contatto che anche come tutta quella gestualità che accompagna, rinforza e sottolinea il dialogo con il paziente. Gestualità di contatto in grado di supportare i messaggi verbali o semplicemente per comunicare stati d’animo o per salutare quando le parole non possono essere usate.

“mi accorgo che il contatto fisico supera la barriera della freddezza della parola” (rif.51 IFOGS)

“...per me toccare è un linguaggio...” (rif.48 GGC)

“... cioè la mia esperienza mi racconta che si parla di più toccando si fa meno male toccando che non usando le parole” (rif.40 GGC).

L’attenzione alla comunicazione, sottolineata nei focus group, racconta anche delle modalità di entrare in contatto con il paziente (o con l’altro in generale); qualità e attenzione a questa sfera che ha eco importanti nella relazione e in accordo con numerose teorie ha un effetto positivo sulla degenza e l’aderenza alla terapia del paziente (Lenti et al.,2017). Infatti, dagli estratti è emerso spesso lo spazio concesso alla comunicazione con il paziente descritto non solo nei termini di supporto e presenza ma anche come orientamento e a volte vera e propria traduzione del linguaggio medico.

Alcuni episodi narrati hanno sottolineato quanto in maniera molto sottile un contatto gentile ha sostituito la parola, un contatto per salutare e comunicare nelle situazioni dove la comunicazione verbale non può essere utilizzata (Gleeson&Timmins, 2004).

Nei gruppi è stato posto l'accento anche alle forme di comunicazione non verbale senza contatto, che avvengono attraverso lo sguardo o con l'espressione del volto; portando esempi di situazioni assistenziali dove questa modalità di comunicare precede altre forme di trasmissione di informazioni.

“un contatto visivo ha anche spesso a volte, arriva tanto quanto un contatto vero e proprio”. (rif.41-SGS); *“un contatto anche con lo sguardo”* (rif.47-SGS); *“il viso parla prima ancora di un contatto”.* (rif. 48-SGSG)

Le discussioni sul contatto, presenti negli estratti, hanno evidenziato anche delle riflessioni sulla natura della comunicazione verbale e che anche le parole possono 'toccare', introducendo termini come 'contatto verbale'. La comunicazione verbale può anticipare l'ingresso fisico, nella relazione di cura. In uno dei gruppi è stata infatti sottolineata l'importanza del saluto e dell'informazione data al paziente, come azione competente e partecipata.

“con un contatto verbale cerco di entrare in sintonia con il paziente” (rif.38-SGS)

“(in camera operatoria)...quindi devi comunque toccare. Prima di fare questo, la guardi, la tocchi, la fai sedere e gli spieghi quello che devi fare, quello a cui dovrà andare incontro”. rif 84 SAGS

“(riferendosi al momento di accettazione di un paziente in ambulatorio) E lì è un contatto visivo, un contatto verbale ma anche comunque mi rendo conto che anche un contatto visivo ha anche spesso a volte, arriva tanto quanto un contatto vero e proprio” rif.41 IFOGS.

5.8.5.2 Lettura dei segnali sociali

Nelle trascrizioni dei focus group ha preso spazio in diversi momenti la discussione sui dubbi personali degli infermieri su quanto e come entrare in contatto, soprattutto il rispetto dello spazio del paziente e quali modalità siano giuste o sbagliate. Gli estratti sono stati composti da frasi selezionate, dove assieme al termine principale del contatto compaiono serie di parole 'capire che/se' o 'se vogliono/vuole'.

“quando è derivato proprio dalla persona e te lo fa capire, che ha bisogno del tuo abbraccio perché altrimenti spontaneamente e uno si tiene un po' non è che...” rif 96 IFOGS

“...però ci sono anche dei pazienti che non sai se vogliono questo contatto. Perché a volte io ne incontro...” rif.95 IFOGC

“...nella mia professione è fondamentale, cioè riuscire a capire se la persona ha bisogno di essere abbracciata oppure ha bisogno di che si rispetti uno spazio di difesa che si è creato. Questa è una cosa molto importante”. Rif. 92 GGS

Insieme alle perplessità emerse nelle rappresentazioni su come interpretare i segnali sociali del paziente e se i tentativi di entrare in contatto possono essere più o meno efficaci, è stato possibile trovare estratti che evidenziano posizioni diverse che sottolineano loro volta visioni della professione nell'approccio al paziente (ad es. un “fare volentieri” che non porta a fraintendimenti).

“ora trovare delle cose negative col contatto mai perché l’ho sempre fatto volentieri quindi difficilmente il contatto è stato mal interpretato”. Rif.94 GGS

“quindi entri in contatto con lui in una maniera o professionale con, normale eh...o sennò entri ridendo e scherzando perché capisci che il paziente interagisce con te anche in quella maniera” rif14 IFOGC.

5.9 Discussione dei risultati dell’analisi

Lo studio delle rappresentazioni discorsive degli infermieri riguardo il contatto è ad oggi ancora poco presente in letteratura, ancor meno in Italia. L’analisi del contenuto delle trascrizioni, ha fornito un quadro delle differenti rappresentazioni e interpretazioni delle modalità di contatto che si presentano nei contesti di cura dove lavorano gli infermieri. Gli infermieri che hanno partecipato ai sei focus group (44 in totale) hanno discusso e narrato episodi, descrivendo scenari sulle loro modalità di entrare in contatto, nel contesto assistenziale.

5.9.1 Interpretazioni del contatto

L’analisi delle trascrizioni dei focus group attraverso l’utilizzo dell’analisi del contenuto è stata inizialmente indirizzata a verificare (attraverso il software Nvivo) l’effettiva presenza delle parole legate al contatto, attraverso un conteggio delle frequenze nel materiale testuale. Questo approccio iniziale ha guidato la visione d’insieme del processo di analisi, andando a determinare che tra i diversi gruppi non sono rilevabili significative differenze numeriche nell’utilizzo delle parole prese come unità di analisi. Avendo così stabilito un’equivalenza, l’emergere delle diverse interpretazioni è stata osservata considerando i sei gruppi come un insieme unico.

Il lavoro di estrazione delle frasi dalle trascrizioni ha permesso di osservare, secondo un approccio induttivo bottom-up, le diverse interpretazioni del contatto e di creare un terreno per una riflessione (condivisa nei confronti avvenuti inter-analisi) sui risultati emersi.

Nelle interpretazioni un maggior spazio è stato dato all’esperienza del contatto nel contesto di cura per offrire supporto emotivo, gestualità di cura, relazione e comunicazione rispetto ad una visione del contatto legato ad aspetti strumentali e procedurali. Questo aspetto viene confermato anche confrontando le diverse quantità di estratti (vedi tabella del *codebook*) che sono presenti nei temi; restituendo un quadro (per questo insieme di infermieri) di una rappresentazione del contatto maggiormente orientata ad aspetti assistenziali di relazione e conforto dell’assistenza al paziente.

L’infermiere, nelle accezioni tradizionali, è il professionista che provvede alla cura della persona utilizzando tecniche e approcci basati sull’evidenza scientifica e che provvede al comfort fisico e supporto emotivo; il contatto necessario per offrire supporto, presenza e considerazione del mondo emotivo del paziente è infatti molto presente nelle narrazioni dei partecipanti. Le riflessioni e le narrazioni degli episodi dove il contatto ha rappresentato un veicolo per garantire presenza e assicurare, sono descritti come momenti ad elevato contenuto emotivo (ad es. contatto e morte, abbraccio al morente). Il contatto rappresentato

nelle trascrizioni è anche un contatto che aiuta ad avvicinarsi e a migliorare la presenza nella relazione, presenza vista come quell'*esserci* (già affrontato nel primo capitolo) che caratterizza ogni relazione e gesto di cura dove l'agire è guidato e supportato da un'intenzionalità (Mortari, 2013). Una intenzionalità nell'entrare in contatto che viene espressa non solo nel prendersi cura degli aspetti legati all'affettività della persona ma che viene integrata e si ritrova anche nel contatto che si esercita per eseguire un compito o per le cure igieniche (Chang, 2001). Tutto ciò restituisce un quadro di grossa intensità e considerazione per tutta la dimensione tattile, dimensione per altro esplorata dai focus group nelle sue potenzialità comunicative e multi modalità. A conferma di questa multimodalità del senso del tatto, c'è la grande quantità di riflessioni su quanto il contatto 'funzioni' assieme agli altri sensi; l'infermiere realizza che si entra in relazione e in contatto già con lo sguardo e che si può 'toccare con le parole'. Il poter rappresentare questa potenzialità equivale a ricchezza e a una possibilità di riconoscere e rivedere, valorizzandole, nuove o tacite competenze professionali legate alla relazione con il paziente.

I partecipanti hanno dato delle rappresentazioni del contatto che lasciano comprendere quanto occupi (più o meno implicitamente) una grossa parte, del ruolo infermieristico. Le diverse storie di accompagnamento, di contatto e comprensione dell'affettività altrui aprono anche a riflessioni e a domande, sulle aspettative e su ciò che caratterizza questo aspetto del ruolo professionale infermieristico. È già stato sottolineato quanto queste possibilità e occasioni siano anche momenti per andare a restituire uno spazio poco esplorato, di *expertise* specifico nella relazione mediata dal contatto, da riconoscere nel set di competenze infermieristiche di base; spazio di relazione forse poco connotato come fondamentale, ma visto in passato come ancillare rispetto ad altre competenze più definite e forse visibili ovvero quantificabili (Pedrazza, 2008; Cunti, 2012; Iori, 2010).

Alcune partecipanti narrano episodi della loro pratica professionale dove il contatto offerto (o esplicitamente richiesto dal paziente) facilita la risoluzione di un'impasse comunicativo della relazione con il paziente (ad es. durante procedure dolorose).

Da qui si conferma di nuovo l'esistere di applicazioni del contatto, nell'agire infermieristico, come atto intenzionale e competente. In aggiunta a ciò, va sottolineato quanto, in tutto il 'muoversi' dell'infermiere attorno al paziente per 'fare', possa essere dopotutto un'occasione per integrare dei momenti di cura che abbiano anche caratteristiche *ristrutturanti*. È stato visto in letteratura (capitolo I e II) che l'atto stesso di entrare in contatto è già un confermare l'altro nella sua esistenza (sia simbolicamente che nel senso neurofisiologico e aptico) pertanto, una cura dove il contatto è presente e consapevole, in grado di restituire un feedback di presenza corporea al paziente in difficoltà, diventa in qualche modo ristrutturante (Odgen, 2015; Hylan, 2002). In tal modo, l'ancora corporea offerta da un contatto che abbia dei connotati di gesto di cura, attento e consapevole, può essere d'aiuto nel costruire un ponte tra un prima e un dopo dell'esperienza di malattia (*illness*), ristrutturante di quella 'soluzione di continuità' che un ricovero ha rappresentato (Bruzzone, 2014).

Sono state anche riportate, nelle discussioni, delle situazioni cliniche dove la scelta di restare in contatto, come nel momento del fine vita, in maniera consapevole ha

rappresentato sia, di nuovo, una competenza che un momento di maggior vicinanza all'esperienza vissuta dall'altro. L'avvicinarsi, anche solo con delle interpretazioni del contatto, ad una gestualità più consapevole e intenzionale, permette al professionista di "affacciarsi" ad aspetti più umanistici della cura quali il valorizzare la relazione, la comunicazione e il considerare e comprendere in maniera efficace l'affettività del paziente.

Un altro fattore che indica una traiettoria diversa rispetto alla letteratura esistente, riguarda il maggior riferimento da parte degli infermieri a dimensioni personali del lavoro e del contatto rispetto alla dimensione organizzativa o interprofessionale. Nei focus group gli infermieri hanno dato molto spazio nel discutere su sé stessi e sulle loro esperienze di contatto, spostando l'accento da un noi (come corpo professionale e dipendenti della stessa azienda) a un io (come persona e professionista). Le critiche all'organizzazione come responsabile di difficoltà nell'entrare in contatto sono difatti scarsamente presenti (solo due estratti). La dimensione del contatto con il paziente è riportata soprattutto come momenti *One-to-One* di scambio e relazione agita nelle sue diverse possibilità, con la quale l'infermiere si confronta appunto personalmente. Nell'analisi emerge, nei nodi dell'*essere infermiere* che nell'*entrare in contatto*, questa possibilità di dare fundamentalmente un nome e uno spazio alle numerose strategie e scoperte tattili che caratterizzano la gestualità dell'agire infermieristico. Attraverso questo processo di revisione delle proprie posizioni (come ad es. nei nodi contatto come bisogno e necessità, storie personali, visioni del paziente che può desiderare o rifiutare il contatto) si allarga la prospettiva restituendo al professionista più consapevolezza del proprio rapporto con il contatto sia personale che nel contesto lavorativo (Cunti, 2012).

5.9.2 Confronto con i risultati della fase I della ricerca

"Perché se logicamente vedo che non sta bene, la mano sulla sua mano io la metto, non è, io voglio dire, io adesso ho un po' amplificato la cosa però, sinceramente, io andare ad abbracciare un paziente a letto non mi viene naturale" rif. 168 IFOGS

I risultati della prima fase della ricerca hanno evidenziato un trend nelle differenze tra due gruppi di infermieri (partecipanti e non) rispetto a una giornata (intervento) di sensibilizzazione, mentre hanno mostrato similitudini in alcuni comportamenti nel contesto di cura. Nello specifico, la gestualità di cura corrispondente al rassicurare e dare supporto emotivo, per alcuni gesti codificati nel questionario, caratterizzata da un set di azioni (ad es. poggiare la mano sulla mano o spalla nei momenti di ansia ed agitazione del paziente) era presente in entrambi i gruppi.

L'analisi del contenuto dei focus group ha evidenziato questo aspetto rilevando nei discorsi dei partecipanti un'enfasi assegnata alla gestualità di cura e le sue differenti manifestazioni. In particolare, negli estratti dei nodi della gestualità di cura e delle interpretazioni dell'abbraccio emergono una costellazione di azioni che descrivono una vicinanza con il paziente e la sua condizione, attraverso dei gesti appunto non direttamente categorizzati o riconducibili a contatto procedurale o anche a contatto per supporto emotivo.

Gestualità descritta come ‘punteggiatura’ nel discorso (ad es. la mano sul piede del paziente insieme al buongiorno) o supporto nella relazione (il toccare intenzionale che accompagna una manovra) o prassi condivisa (un abbraccio offerto o strappato nel dolore di una perdita) che appartiene al lessico di cura. La gestualità che prevede un entrare in contatto più o meno consapevole e che appartiene dopotutto anche a dei codici condivisi nelle situazioni assistenziali ma anche nella relazione con l’altro. In tal senso, nell’analisi di contenuto viene confermata l’ipotesi emersa dai risultati della prima fase, nello specifico osservando negli estratti sia l’omogeneità tra i gruppi (formati e non) attraverso il conteggio della frequenza delle parole, che l’emergere dei nodi dove il contenuto di supporto emotivo e di gestualità di cura risulta più presente.

Viene così restituito un quadro dove l’infermiere che ha partecipato al focus group ha potuto sia discutere sulla sua rappresentazione del contatto ma anche esplicitare quello che effettivamente fa nella sua pratica clinica; dove anche chi, raccontandosi, ha espresso perplessità sul contatto non procedurale con il paziente ricorre (più o meno intenzionalmente) a una gestualità per rassicurare e dare sostegno emotivo.

5.9.3 Gestualità di cura e contatto strumentale: visioni professionalizzanti del Nursing

“Io preferisco quando lavoro, preferisco in genere stabilirmi i parametri vitali proprio perché per me quel modo quel momento stabilisci ancora più contatto con il paziente rispetto alla terapia” rif 81 SAGS

L’analisi del contenuto delle trascrizioni dei sei focus group ha visto l’emergere di un ulteriore aspetto che riguarda la professione infermieristica e il suo mandato. Nel secondo capitolo di questa tesi è stato affrontato il tema della professionalizzazione e dei passaggi normativi e culturali, che sono avvenuti nelle ultime due decadi nel mondo infermieristico. La professione infermieristica ha vissuto passaggi importanti, dove da una sorta di tara della vocazione, per cui si era “chiamati” a diventare infermiere, si è passati a una visione sempre più di un professionista che “sceglie” di diventare infermiere, attraverso un percorso universitario. Inoltre, è stato già sottolineato quanto questo passaggio ad una maggior professionalizzazione esponga al rischio di un’eccessiva specializzazione del nursing e a un’incombere del *technè*, a scapito di aspetti più umanistici della cura; mimando l’approccio classico del modello biomedico e allontanando infine l’infermiere dal paziente (Zannini, 2008; Bruzzone, 2014).

L’essere infermiere che si intravede dagli estratti, sembra possedere una visione più complessa del mandato e del ruolo, rimandando un infermiere che ha “scelto” la professione ma che valorizza e include nell’accezione del professionista molto più gli aspetti di contatto interpersonale legati alla relazione e al supporto emotivo (ad es. il mi sono sentita di nuovo infermiera), insieme agli aspetti che conducono al contatto procedurale e tecnico. In contrasto, queste interpretazioni del mandato infermieristico rimandano a quanto il modello “professione uguale aumento della specializzazione e tecnologia” può essere rivisto quando si tratta della relazione attraverso il contatto, cercando la via per un’integrazione delle due modalità di approccio al curare.

In conclusione, l'utilizzo dei focus group ha offerto agli infermieri, attraverso la riflessione e discussione di gruppo, una riformulazione della propria epistemologia professionale e dei propri saperi impliciti, oltre che delle proprie storie e vissuti personali di assistenza. I processi di condivisione, di pratiche riflessive sull'esperienza e di traduzione dei saperi, hanno così facilitato i processi di concettualizzazione e di ricerca di significati sul proprio mandato e identità professionale (Mortari, 2011; Amaducci et al., 2013; Allodola, 2013).

CAPITOLO SESTO

Osservazioni conclusive

6.1 Conclusioni

Il lavoro proposto in questa ricerca ha affrontato la tematica del contatto interpersonale nel contesto di cura, dal punto di vista infermieristico, per poi andare a vedere gli effetti di una giornata di sensibilizzazione al contatto su gli infermieri, in sei diversi setting ospedalieri italiani. Nel lavoro di costruzione del progetto è stato scelto di ricorrere anche a un punto di vista qualitativo, il quale ha offerto prospettive diverse del fenomeno osservato e valide integrazioni alle inferenze della prima parte dello studio, più interessata al confronto e rilevazione di comportamenti.

Dai risultati della prima fase dello studio, fase quantitativa con questionari sull'agio/disagio al contatto e comportamenti di Caring, emerge come la giornata di formazione abbia operato un cambiamento sui partecipanti. Gli infermieri coinvolti nello studio sono stati in totale 209 e nonostante la bassa potenza statistica, dovuta alla mortalità del campione, è stata dimostrata una tendenza nel gruppo dei partecipanti ad avere maggior attenzione ai propri comportamenti di agio al contatto (*comfort with touch*) e a mantenere questa attenzione nelle due settimane post formazione. L'analisi dei risultati ha anche evidenziato, confrontando le sotto dimensioni delle scale che sono state utilizzate, la tendenza a mostrare comportamenti di supporto emotivo e comfort anche nel gruppo degli infermieri che non hanno partecipato alla formazione. Nel particolare, alcuni item che riguardano i gesti che descrivono un contatto per rassicurare e dare supporto emotivo sono stati presenti, con medie sovrapponibili, in entrambi i gruppi.

Tutto ciò, lascia aperte ipotesi su come, anche chi non ha partecipato alla formazione, ed ha avuto un punteggio di agio al contatto più basso, in situazioni di ansia o sconforto del paziente ha la tendenza ad utilizzare il contatto e la gestualità di cura diretta al supporto emotivo del paziente. Ancor di più, generando domande sulla gestualità di cura mediata dal contatto quali: se può esserci una modalità di toccare condivisa nel setting clinico (con diverse istanze personali), anche se l'infermiere è meno a suo agio con il contatto; oppure se si tratta di atteggiamenti che sono comunque attesi da un infermiere, in generale, per cui il poggiare la mano sulla spalla è un'azione consueta ed espressa facilmente da tutti, più o meno consapevolmente.

Le domande emerse nella prima fase dello studio hanno fornito una direzione per la creazione della traccia per i focus group, con l'obiettivo di andare ad osservare le interpretazioni sul contatto nel contesto di cura degli infermieri. Dall'analisi del contenuto (con approccio induttivo e bottom-up) emerge quanto, nelle rappresentazioni discorsive degli infermieri che hanno partecipato alle discussioni, prende in realtà minor spazio il contatto utilizzato nella professione orientato al compito, mentre risulta maggiormente presente il contatto per offrire supporto emotivo e per entrare in relazione con il paziente. L'analisi ha fatto emergere temi interessanti che riflettono un utilizzo del contatto per

comunicare quando non ci sono le parole (come ad es. per accompagnare il morente) o ha aiutato a superare una impasse relazionale o ad affrontare una situazione di stress morale o di dolore fisico.

I risultati dell'analisi del contenuto hanno quindi permesso di andare a riguardare e confrontare le riflessioni emerse nella prima fase della ricerca, fornendo delle possibili piste da seguire per rispondere alle domande riguardo le modalità di contatto per supporto emotivo o per rassicurare, presenti in entrambi i gruppi. I 44 infermieri dei focus group, hanno offerto interpretazioni più vicine a definizioni di contatto per offrire supporto emotivo, fatto che invece non emerge come principale dalla rassegna bibliografica del primo capitolo. Secondo Pedrazza (2015) tra le costellazioni di modalità di tocco e di entrare in contatto che sono state passate in rassegna dagli anni sessanta ad oggi è molto più presente, e forse facile da identificare, la modalità orientata al compito (*task-orientated*). Infatti, sebbene numerosi studi abbiano osservato e sottolineato le tipologie di contatto anche per supporto emotivo o per offrire comfort fisico, sotto diverse prospettive assistenziali, sono tuttora pochi gli esempi di analisi che si spostano dall'intento del definire o descrivere l'atto, per andare ad affrontare piuttosto i vissuti ed interpretazioni degli infermieri (Gleeson&Timmins, 2004).

I risultati della ricerca aprono alla possibilità di osservare il fenomeno del contatto nel contesto assistenziale tra infermiere e paziente, non più soltanto come un comportamento che colora e definisce atteggiamenti di cura, dopotutto molto personali o legati a forme vocazionali, ma come atto intenzionale di cura e di sostegno che può coesistere nell'*habitus* professionale insieme (e possibilmente integrato) a un contatto procedurale e obbligato.

Attraverso le riflessioni degli infermieri, si traccia l'ipotesi di una gestualità di cura che si presenta e manifesta nella relazione con il paziente; gli stessi infermieri ne diventano consapevoli nella sede del focus (ma anche dalle domande dei questionari, che già "obbligano" in un certo senso a ragionare e immaginarsi nelle situazioni di contatto) dando interpretazioni del contatto nelle sue differenti forme.

Interessante notare che, nel presente studio, nonostante una letteratura esistente che parla di differenze percepite, nei contesti di cura, legate al genere e al contatto (Whiteside&Butcher, 2015) questo fattore non sembra essere presente nella predisposizione al contatto dei gruppi di infermieri. Inoltre, nelle analisi del focus group non sono emerse interpretazioni del contatto nelle quali venivano rappresentate le difficoltà che incorrono nelle organizzazioni, nel lavoro o nelle relazioni con il personale medico. Tutto ciò, rimanda ad una dimensione vissuta (rispetto agli episodi di contatto) in maniera individuale dall'infermiere, riportando più le proprie idiosincrasie rispetto al contatto e nelle occasioni di relazione personale con il paziente (Gallace&Spence, 2010). Di contro, forse è proprio la dimensione individuale che emerge in questo tipo di studio, mentre per avere visioni e aspetti della relazione con le organizzazioni sarebbe stato necessario includere, nel disegno di ricerca, la rilevazione delle pratiche in essere nei diversi contesti, e un esame più approfondito della struttura organizzativa (ad esempio: agenda dei tempi, numero di

pazienti, caratteristiche del reparto, caratteristiche delle mansioni etc.) che contestualizzano il lavoro quotidiano dell'infermiere. Inoltre, importante sottolineare quanto gli stili personali di contatto, nonostante le teorie presentate, possono anche venire influenzati da fattori che non sono il genere o la cultura d'appartenenza ma anche date dalle esperienze ed incontri significativi sia nella vita personale che professionale (Montague, 1970)

I focus group hanno evocato negli infermieri il desiderio di espressione dei propri vissuti e sono stati occasione importante (espressamente dichiarata da alcuni) per aiutare a fare luce su concetti e idee che non erano ancora state affrontate; mentre è stata anche riportata una funzione sociale di sostegno e condivisione che i partecipanti non avevano mai vissuto o che vorrebbero come strumento per essere sostenuti nella pratica. A tal proposito, va sottolineato quanto, nei contesti professionali, parlare e condividere le proprie percezioni, idee ed emozioni può contribuire a costruire ambienti socialmente ed emotivamente competenti, luoghi dove, insieme al successo professionale dei singoli, si accompagna una maggior produttività delle organizzazioni (Cunti, 2012; Bruzzone, 2014).

Questo lavoro di ricerca è stato per me fonte inesauribile (e lo è tuttora) di riflessioni personali e anche di pensieri e proiezioni rivolte al futuro della professione infermieristica. Un futuro forse preoccupante per l'eccesso di specializzazione che allontana dal paziente e per la poca presenza nella formazione universitaria in scienze infermieristiche di corsi rivolti a fornire suggerimenti e a preparare all'entrare in relazione con il paziente.

La mia doppia veste di infermiere e ricercatore mi ha permesso di entrare con più facilità nei contesti (dai contatti con le istituzioni alla facilità nell'utilizzare un linguaggio condiviso con i colleghi). Alla doppia veste infermiere/ricercatore si aggiunge il ruolo di formatore nei contesti aziendali e il mio interesse per il contatto interpersonale e il massaggio con i pazienti, fattori che hanno caratterizzato il mio percorso professionale dagli anni '90 fino ad oggi. Tuttavia, la mia prossimità (anche affettiva) al contesto di studio ha forse inibito o reso difficile un decentramento, utile ad accedere ad un esame del fenomeno come dimensione complessa e attraversata da molteplici tensioni. Unitamente a questa riflessione, c'è anche la considerazione che il mio essere stato uno dei docenti delle giornate di sensibilizzazione può essere stato un *bias*, e pertanto merita di essere posto tra i limiti di questo progetto di ricerca.

6.2 Implicazioni per il futuro

Lo studio ha permesso di evidenziare quanto l'agire pratiche di cura con un contatto consapevole e intenzionale ma anche portare "semplicemente" una maggior attenzione al contatto interpersonale nel contesto di cura, possa essere trasformato in uno strumento utile per il professionista infermiere.

Le Implicazioni per il futuro vanno in diverse possibili direzioni da percorrere:

- Partecipare a nuovi progetti di ricerca, multidisciplinari, sulla tematica del contatto, care infermieristico e la pratica del massaggio, andando ad osservare aspetti del fenomeno del gesto di cura sotto lenti differenti (ad es. osservazione delle pratiche di cura con approccio etno-metodologico e di analisi del discorso)
- Implementare la formazione suggerendo eventi *ad hoc* alle aziende per sensibilizzare o creare percorsi formativi speciali sulla tematica del contatto (come ad es. implementare e progettare comunità di pratica infermieristiche del massaggio per la riduzione del burn-out);
- Andare ad osservare nei curricula universitari del corso di laurea in scienze infermieristiche la possibilità di inserire progetti pilota per la sostenere formazione dei futuri infermieri;
- Tracciare possibili framework professionali dove assieme alle competenze tecniche venga dato spazio e riconosciuta l'ambito delle modalità di contatto consapevole e intenzionale per il benessere come competenza infermieristica di base necessaria al professionista.

BIBLIOGRAFIA

Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of orthopsychiatry*, 76(1), 103-108.

AGENAS- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (2014). *La persona prima di tutto - Agenas "misura" l'umanizzazione della sanità*. Disponibile da: <http://www.agenas.it/la-persona-prima-di-tutto-agenas-misura-l-umanizzazione-della-sanita>

AGENAS- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (2017) Commissione Nazionale Formazione Continua. Disponibile da: <http://ape.agenas.it/ecm/ecm.aspx>

Alastra, V., Kaneklin, C., Scaratti, G. (2012), *La formazione situata. Repertori di pratica*. Milano: Franco Angeli.

Alastra, V., Menegon, F., De Marchi, G., Introcaso, R. (2010), *La Formazione Sul Campo oltre l'accreditamento. Un'esperienza di ricerca*, FOR *Rivista per la formazione*. Num 83 pp 72-81.

Alberici A. (2008), *La possibilità di cambiare. Apprendere ad apprendere come risorsa strategica per la vita*, Milano: Franco Angeli.

Alessandrini G. (2007), *Comunità di Pratica e società della conoscenza*. Roma: Le Bussole-Carocci.

Alivernini, F. (2012). Mixed Methods Research on Learning. In N. M. Seel (Ed.), *Encyclopedia of the Sciences of Learning* (pp. 2280-2284). Boston, MA: Springer US. http://doi.org/10.1007/978-1-4419-1428-6_846

Alivernini, F., Lucidi, F., & Pedon, A. (2008). *Metodologia della ricerca qualitativa*. Bologna: il mulino.

Allodola, V. F. (2013). Rappresentazioni sociali e costruzione di identità professionali" riflessive" nei contesti psichiatrici: considerazioni formative. *Studi sulla formazione*, 16(1), 121-133.

Allodola, V. F. (2014). Metodi di ricerca qualitativa in Medical Education: approcci, strumenti e considerazioni di rigore scientifico. *Education Sciences & Society*, 5(1), 36-46

Amaducci, G., Iemmi, M., Prandi, M., Saffioti, A., Carpanoni, M., & Mecugni, D. (2013). La pratica infermieristica basata sui modelli teorici: uno studio qualitativo sulla percezione degli Infermieri. *Professioni Infermieristiche*, 66(2), 15-22

Anzieu D. (1987). *L'Io-pelle*. Roma: Borla.

Arcuri, F.P. (2009) Un modello per la gestione dello stress lavoro-correlato in Cacioli S. (Ed.). Corso. *Gestione del personale, qualità della vita di lavoro e stress lavoro-correlato*. Roma, Istituto Superiore di Sanità 21-24 settembre 2009. (Rapporti ISTISAN 10/21).

Bagnasco A, Tolotti A, Torre Get al. (2016) How to maintain equity and objectivity in assessing the communication skills in a large group of student nurses during a long examination session, using the Objective Structured Clinical Examination (OSCE). *Nurse Education Today*, 38, 54-60.

Barnett, L. (2005). Keep in touch: The importance of touch in infant development. *Infant Observation*, 8(2), 115-123.

Bellandi, T., Cerri, A., Mastrominico, E., Mengozzi, C., Papani, M., Piccione, S., Renzetti, F., & Tartaglia, R. (2017) *INAIL. Carichi di lavoro e sicurezza degli operatori sanitari. Benessere di medici e infermieri, performance e conseguenze sulla sicurezza dei pazienti*. Milano: Tipolitografia Inail.

Benner P. (2005), Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education, *The Bulletin of Science, Technology and Society. Special Issue: Human Expertise in the Age of the Computer*, Vol. 24 (3), 188-199.

Benner, P., Benner, P. E., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer publishing company.

Bevilacqua, A. (2014). Il processo di implementazione delle Medical Humanities in Italia: progetto di ricerca sullo stato attuale. *FORMAZIONE & INSEGNAMENTO. Rivista internazionale di Scienze dell'educazione e della formazione*, 9(2), 101-112.

Billig, M. (1995). *Ideologia e opinioni. Studi di psicologia retorica*. Roma-Bari: Laterza.

Bishop, A. H., & Scudder Jr, J. R. (2003). Gadov's contribution to our philosophical interpretation of nursing. *Nursing Philosophy*, 4(2), 104-110.

Borgna, E. (2013). *La dignità ferita*, Milano: Feltrinelli.

Bowlby, J. (1989). *Una base sicura*. Cortina, Milano.

Braidi, G. (2001). *Il corpo curante. Gruppo e lavoro di équipe nella pratica assistenziale* (Vol. 32). Milano: FrancoAngeli.

Bruognoli P. (2008), Riflessioni per operatori della salute nel corso. *Atti del corso Il Gesto di Cura alla fine della vita*, per FILE (Fondazione Italiana di Leniterapia) Firenze.

Bruzzone, D. (2009). Dare forma alla sensibilità: la via fenomenologica. *Vita emotiva e formazione*, 43-65.

Bruzzone, D. (2014). The "human factor" and the phenomenological approach in the education of healthcare professionals. *Encyclopaideia XVIII* (39), 9-20 ISSN 1825-8670

Bundgaard, K., Sorensen, E. E., Nielsen, K. B. (2011). The art of holding hand: A fieldwork study outlining the significance of physical touch in facilities for short-term stay. *International Journal for Human Caring*, 15(3), 34-41.

Canzan, F., Heilemann, M. V., Saiani, L., Mortari, L., & Ambrosi, E. (2014). Visible and invisible caring in nursing from the perspectives of patients and nurses in the gerontological context. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(4), 732-740.

Cardano, M. (2011). *La ricerca qualitativa*. Bologna: Il mulino.

Cascio, M. I., Parenti, I., Catino, A., Zoda, M. L., & Botta, V. C. (2016). Nursing Community 2.0: a method to promote online collaborative learning. *Italian Journal of Educational Technology*, 24(1), 38-46.

Cataldi, S. (2009). *Come si analizzano i focus group*. FrancoAngeli

Cavedon-Taylor Dan (2015) The First Sense: A Philosophical Study of Human Touch, *The Philosophical Quarterly*, Volume 65, Issue 261, Pages 833-838, <https://doi.org/10.1093/pq/pqv015>

Chang, S. O. (2001). The conceptual structure of physical touch in caring. *Journal of advanced nursing*, 33(6), 820-827.

Cipolla, C., & Artioli, G. (Eds.). (2003). *La professionalità del care infermieristico: risultati della prima indagine nazionale* (Vol. 1). FrancoAngeli.

Cocksedge, S., George, B., Renwick, S., & Chew-Graham, C. A. (2013). Touch in primary care consultations: qualitative investigation of doctors' and patients' perceptions. *Br J Gen Pract*, 63(609), e283-e290.

Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & health sciences*, 12(2), 235-243.

Connor, A., & Howett, M. (2009). A conceptual model of intentional comfort touch. *Journal of Holistic Nursing*, 27(2), 127-135.

Core concepts of Human Caring (2018) disponibile al sito <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/>

Cortese, C. G. (2007). Job satisfaction of Italian nurses: an exploratory study. *Journal of nursing management*, 15(3), 303-312.

Cortese, C. G. (2013). Predittori dell'intenzione di abbandonare la professione infermieristica in due ospedali italiani. *Assistenza infermieristica e ricerca*, 32(1), 20-27.

Cortese, C. G., Gerbaudo, L., Manconi, M. P., & Violante, B. (2013). L'identificazione dei fattori di rischio stress lavoro-correlato in un'Azienda Sanitaria Ospedaliera: un approccio quali-quantitativo. *La Medicina del Lavoro*, 104(2), 141-157.

Costa, P. (2003). Martha Nussbaum: la compassione entro i limiti della ragione. *La società degli individui (La)*, 2003(18), 1-15.

Crocetti, E., Avanzi, L., Hawk, S. T., Fraccaroli, F., & Meeus, W. (2014). Personal and social facets of job identity: A person-centered approach. *Journal of Business and Psychology*, 29(2), 281-300.

Croy, I., Sehlstedt, I., Wasling, H. B., Ackerley, R., & Olausson, H. (2017). Gentle touch perception: From early childhood to adolescence. *Developmental cognitive neuroscience*. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2017.07.009>

Crusco, A.H., Wetzel, C.G. (1984). The Midas touch: the effects of interpersonal touch on restaurant tipping. *Personality and Social Psychology Bulletin* 10, 512-517.

Cunti, A. (2012). Le competenze socio-emotive nelle professionalità della cura. Una ricerca esplorativa relativa al personale infermieristico. *Educational reflective practices*, 140-154.

Damasio A.R. (1995), *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*, Milano:Adelphi (edizioni scientifiche).

Dameri R. (2014), L'educazione alla differenza oggi. Formare l'altro, *Studi sulla Formazione*, vol.16, n.2, pp 87-89.

De Luca, E., & Papaleo, L. (2010). Il Nursing del contatto: l'esperienza del tocco e l'affettività nelle cure infermieristiche. *L'infermiere* 2010(3-4), 39-41.

Delgado, C., Upton, D., Ransie, K., Furness, T., & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International journal of nursing studies*, 70, 71-88.

Della Ratta-Rinaldi, F. (2000). L'analisi testuale: uno strumento per la ricerca sociale. *Sociologia e ricerca sociale*. 2000(16), 1-26

- Destrebecq, A. (2017). La formazione infermieristica professionalizzante italiana e la sua silente rivoluzione. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 36(1), 2-4.
- Derrida, J., & Hantaï, S. (2000). *Le toucher*, Jean-Luc Nancy. Paris: Galilee
- Desmond, M. E., Horn, S., Keith, K., Kelby, S., Ryan, L., & Smith, J. (2014). Incorporating caring theory into personal and professional nursing practice to improve perception of care. *International Journal for Human Caring*, 18(1), 35-44.
- Deweever, M. K. (1977). Nursing home patients' perception of nurses' affective touching. *The Journal of psychology*, 96(2), 163-171.
- De Vignemont, F. (2010). Body schema and body image—Pros and cons. *Neuropsychologia*, 48(3), 669-680.
- De Vignemont, F., Ehrsson, H. H., & Haggard, P. (2005). Bodily illusions modulate tactile perception. *Current Biology*, 15(14), 1286-1290.
- Di Mauro, S., Montalti, S., & Negri, M. (2003). La Formazione Degli Infermieri In Italia: Chi Si Vuole Formare?. *Journal Of Medicine & The Person*. 2003 (1), 22-26
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Edwards, C. S. (1998). An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch. *Journal of advanced nursing*, 28(4), 809-817.
- Estabrooks, C. A. (1989). Touch: a nursing strategy in the intensive care unit. *Heart & lung: the journal of critical care*, 18(4), 392-401.
- Estabrooks, C. A., & Morse, J. M. (1992). Toward a theory of touch: the touching process and acquiring a touching style. *Journal of advanced nursing*, 17(4), 448-456.
- Ferrari A., Terzoni S., Ferrara P., Provenzano M., Destrebecq A. (2017) L'attitudine degli studenti di infermieristica a sviluppare adeguate abilità comunicative: validazione in italiano della Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *L'Infermiere* 2017 (1), 7-14.
- FIASO - Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (2015) Promozione della salute organizzativa nelle Aziende sanitarie in tempo di crisi. Dati oggettivi, azioni di contrasto e sperimentazioni di conciliazione vita lavorativa-vita privata. Disponibile da: <https://www.fiaso.it/Pubblicazioni/Promozione-della-salute-organizzativa-nelle-Aziende-sanitarie-in-tempo-di-crisi>
- Field, T. (2016). Massage therapy research review. *Complementary therapies in clinical practice*, 24, 19-31.
- Finfgeld-Connett, D. (2008), Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 196–204.
- Finfgeld-Connett, D. (2014). Use of content analysis to conduct knowledge-building and theory-generating qualitative systematic reviews. *Qualitative Research*, 14(3), 341-352.
- Fisher, J. D., Rytting, M., & Heslin, R. (1976). Hands touching hands: Affective and evaluative effects of an interpersonal touch. *Sociometry*, 416-421.
- FNOPI-Federazione Nazionale Ordini Professionali Infermieri (2018), *Codice Deontologico dell'Infermiere* disponibile al sito . <http://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>
- Fortunato, E. (2013). Gli infermieri in Italia: quanti sono, che età hanno e come sono distribuiti. [online]. *L'Infermiere*, 2013(4).

Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of advanced nursing*, 30(5), 1167-1176.

Fugali, E. (2012). Scritto sulla pelle. Le sensazioni localizzate all'origine del sé corporeo nella fenomenologia husserliana. *Rivista internazionale di Filosofia e Psicologia*, 4(1), 49-68.

Fulkerson, M. (2014). What counts as touch. *Perception and its modalities*. Oxford University Press, New York, NY, USA, 191-204.

Galimberti U. (2005), *Il Corpo*. Milano: Edizioni Feltrinelli.

Gallace A., Spence C.(2010), The science of interpersonal touch: An overview, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, n 34, pp246–259.

Galletta M., Portoghese I., Carta M.G., D'Aloia E. & Campagna M. (2016). The effects of Nurse-Physicians Collaboration on job satisfaction, team commitment, and turnover intension in nurses. *Research in Nursing & Health*, 39, 375-385.

Gilardi, L., Marino, M., Fubini, L., Pasqualini, O., Ferro, E., Santoro, S., ... & Coffano, M. E. (2017). The community of practice as a place of prevention: the value of collective knowledge in occupational safety. *La Medicina del lavoro*, 108(3), 222-227.

Giordano, A., Castaldo, A., Magri, M., D'Oro, C., Ferrari, T., de Angelis, G., ... & Muttillio, G. (2014). Validazione di un questionario breve sul benessere personale e professionale degli infermieri. *L'INFERMIERE*, 51(1), e1-e7.

Gleeson, M., & Timmins, F. (2004). The use of touch to enhance nursing care of older person in long-term mental health care facilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), 541-545.

Gleeson, M., & Timmins, F. (2004). Touch: a fundamental aspect of communication with older people experiencing dementia. *Nursing Older People* (through 2013), 16(2), 18.

Gobo, G. (2005). L'analisi semiotica del focus group: il caso della comunicazione pubblicitaria. *Sociologia e ricerca sociale*, 26(76-77), 72-90.

Gray, B. (2010). Emotional labour, gender and professional stereotypes of emotional and physical contact, and personal perspectives on the emotional labour of nursing. *Journal of Gender Studies*, 19(4), 349-360.

Grousset, S. (2009). mise au point: Définition et concepts liés au toucher dans les soins. *Soins*, (737), 30-31.

Gueguen, N., 2004. Nonverbal encouragement of participation in a course: the effect of touching. *Social Psychology of Education* 7, 89–98.

Gueguen, N., Fischer-Lokou, J., 2003. Another evaluation of touch and helping behaviour. *Psychological Reports* 92, 62–64.

Gulisano, D. (2018). Identità professionale e narrazione. L'analisi del lavoro quale nuova metodologia formativa. *FORMAZIONE & INSEGNAMENTO*. Rivista internazionale di Scienze dell'educazione e della formazione, 16(1), 271-278.

Harlow, H. F., & Zimmermann, R. R. (1959). Affectional responses in the infant monkey. *Science*, 130(3373), 421-432.

Heidegger M. (1976), *Essere e Tempo*, Milano: Longanesi.

Hertenstein, M. J., Holmes, R., McCullough, M., & Keltner, D. (2009). *The communication of emotion via touch*. *Emotion*, 9(4), 566.

- Hertenstein, M.J., Keltner, D., App, B., Bulleit, B.A., Jaskoka, A.R., (2006). Touch communicates distinct emotions. *Emotion* 6 (3), 528–533.
- Hertenstein, M. J., Verkamp, J. M., Kerestes, A. M., & Holmes, R. M. (2006). The communicative functions of touch in humans, nonhuman primates, and rats: a review and synthesis of the empirical research. *Genetic, social, and general psychology monographs*, 132(1), 5-94.
- Hoffren-Larsson, R., Löwstedt, J., Mattiasson, A. C., & Falkenberg, T. (2013). Caring as an essential component in Rosen Method Bodywork—Clients' experiences of interpersonal interaction from a nursing theoretical perspective. *European Journal of Integrative Medicine*, 5(6), 561-570.
- Hornik, J. (1991). Shopping time and purchasing behavior as a result of in-store tactile stimulation. *Perceptual & Motor Skills* 73, 969–970.
- Hornik, J., (1992). Tactile stimulation and consumer response. *Journal of Consumer Research* 19, 449–458.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- Hylan, M. (2002) The Intelligent Body and its Discontents. *Journal of Health Psychology* 7(1) 21–32
- Illich, I. (1974). Medical nemesis. *The Lancet*, 303(7863), 918-921.
- Iori, V. (2010). Vita emotiva e formazione. *Education Sciences & Society*, 1(2).
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research*, 1(2), 112-133.
- Jones, S. E., & Yarbrough, A. E. (1985). A naturalistic study of the meanings of touch. *Communications Monographs*, 52(1), 19-56.
- Karimi, L., Leggat, S. G., Donohue, L., Farrell, G., & Couper, G. E. (2014). Emotional rescue: The role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses. *Journal of advanced nursing*, 70(1), 176-186.
- Kelly, M. A., Nixon, L., McClurg, C., Scherpbier, A., King, N., & Dornan, T. (2018). Experience of touch in health care: a meta-ethnography across the health care professions. *Qualitative health research*, 28(2), 200-212.
- Khamisa, N., Peltzer, K., Ilic, D., & Oldenburg, B. (2016). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses: A follow-up study. *International journal of nursing practice*, 22(6), 538-545.
- Kinman, G., & Leggetter, S. (2016). Emotional labour and wellbeing: what protects nurses? *Healthcare* 4(4), 89
- Krueger, R., & Casey, M. (2009). *Focus groups: A practical guide to applied science*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Krippendorff, K. (2004). Reliability in content analysis: Some common misconceptions and recommendations. *Human communication research*, 30(3), 411-433.
- Kubler Ross, E. (2005). *La morte e il morire* (1969). Cittadella Editrice, Assisi.
- Jones, S. E., & Yarbrough, A. E. (1985). A naturalistic study of the meanings of touch. *Communications Monographs*, 52(1), 19-56.

Le Breton, D. (2007). *Il sapore del mondo. Un'antropologia dei sensi*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Lenti, S., Felici, M., Campanini, M., Fontanella, A., Nardi, R., & Gussoni, G. (2017). La comunicazione con il paziente e tra professionisti nella gestione del paziente complesso in Medicina Interna. *Italian Journal of Medicine*, 5(1), 1-81.

Leonard, K. E., & Kalman, M. A. (2015). The meaning of touch to patients undergoing chemotherapy. *Oncology nursing forum* Vol. 42, No. 5, pp. 517-526.

Lindgren, L., Westling, G., Brulin, C., Lehtipalo, S., Andersson, M., & Nyberg, L. (2012). Pleasant human touch is represented in pregenual anterior cingulate cortex. *Neuroimage*, 59(4), 3427-3432.

Lipari, D. (2007), *Metodi della formazione oltre l'aula: apprendere nelle comunità di pratica*. In *La riflessività nella formazione: modelli e metodi* di AAVV. Roma, Isfol.

Lipari, D. (2007). Una conversazione con Etienne Wenger sulla coltivazione delle comunità di pratica. *Formazione e cambiamento* anni VII-num, 45.

Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: A nurse's primer. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 3-9.

Losito, G. (1996). *L'analisi del contenuto nella ricerca sociale* (Vol. 1). FrancoAngeli:Milano

MacDonald, H. (2007). Relational ethics and advocacy in nursing: literature review. *Journal of advanced nursing*, 57(2), 119-126.

Magrini, A., Carrabs, G., Fortuna, E, Sili, A., Pietroiusti, A., Neri, A., Livigni L. (2015) Azioni correttive sullo stress lavoro-correlato in un reparto ospedaliero universitario. *Giornale Italiano Di Medicina Del Lavoro ed Ergonomia* vol 37 (3), 21-25.

Manara, D. F. (2000). *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*. Lauri: Modena.

Manara, D. F., Villa, G., & Moranda, D. (2014). In search of salience: phenomenological analysis of moral distress. *Nursing philosophy*, 15(3), 171-182.

Mancini T., Montali A. (2009). Identità sociale: un costrutto multidimensionale? *Psicologia Sociale*, 1, 67-94.

Mancini, T., Tonarelli, A. (2013). Professional identity construction processes in university students. An extentions od the identity status paradigm. *Giornale italiano di psicologia*, 40(3), 589-614.

Marassi, M. (2015). Il corpo in Maurice Merleau-Ponty. *PSYCHOLOGICA*, 15-33.

Marletta, G., Caricati, L., Mancini, T., La Sala, R., & Pelosi, G. (2014). Professione infermieristica: stati dell'identità e soddisfazione lavorativa. *Psicologia della salute*, 2(2), 139-157.

Marsaglia C., Galizio M. (2002), *Se la cura è di genere femminile*, Janus, num.6 Zadig Editore, Roma.

Marsaglia, C., Prandi, C., & Galizio, M. (2016). I trattamenti complementari nel nursing. In Prandi C., *Infermieristica in cure palliative* (pp. 219-222). Milano: Edra S.p.A.

Marzano, M. (2010). *La filosofia del corpo*. Il Melangolo, Genova.

Masera, F., Chiatti, C., & Rocchetti, C. (2011). *Gli standard di qualità e di personale nelle residenze. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore

Maslach, C., Leiter, M. P., & Schaufeli, W. (2008). Measuring burnout. In *The Oxford handbook of organizational wellbeing* a cura di Cartwright S. and Cooper C.L. Oxford: Oxford University Press

Mazzeo, M. (2013). Il tatto interno: intervista a Daniel Heller-Roazen. *Rivista Italiana di Filosofia del Linguaggio*, 7(2).

Mazzotta, S. (2009). I neuroni specchio, l'empatia e la coscienza.

Annali del Dipartimento di Filosofia, 13(1), 185-210.
http://dx.doi.org/10.13128/Annali_Dip_Filos-2842

Mayan, M. J. (2009). *Essentials of qualitative inquiry*. Routledge.

McCann, K., & McKenna, H. P. (1993). An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in Northern Ireland. *Journal of advanced nursing*, 18(5), 838-846.

McGlone, F., Vallbo, A. B., Olausson, H., Loken, L., & Wessberg, J. (2007). Discriminative touch and emotional touch. *Canadian Journal of Experimental Psychology/Revue canadienne de psychologie expérimentale*, 61(3), 173.

McGlone, F., Wessberg, J., & Olausson, H. (2014). Discriminative and affective touch: sensing and feeling. *Neuron*, 82(4), 737-755.

Merleau-Ponty, M. (2013). *Phenomenology of perception*. UK: Routledge.

Montagu A. (1971), *Touching: the human significance of the skin*, New York: Harper & Row

Montali, L., Colombo, M., & Riva, P. (2009). Teorie e pratiche nella gestione del dolore: una ricerca sulle rappresentazioni dei medici. *Psicologia della salute*. 2009(1), 35-56.

Montes-Berges, B., & Augusto-Landa, J. M. (2014). Emotional intelligence and affective intensity as life satisfaction and psychological well-being predictors on nursing professionals. *Journal of Professional Nursing*, 30(1), 80-88.

Morrison, I. (2016). ALE meta-analysis reveals dissociable networks for affective and discriminative aspects of touch. *Human brain mapping*, 37(4), 1308-1320.

Morrison I., Loken L.S, Olausson H. (2010), The skin as a social organ, *Exp Brain Resol* 204, pp 305-314.

Morse, J. M. (2016). *Mixed method design: Principles and procedures*. Routledge: New York.

Mortari, L. (2003). L'esperienza sensibile: dialogando con Merleau-Ponty. *Encyclopaideia*, (14), 1000-1027.

Mortari, L. (2010). *Cercare il rigore metodologico per una ricerca pedagogica scientificamente fondata*. Education Sciences & Society, 1(1).

Mortari, L. (2011). La qualità essenziale della riflessione. *Educational Reflective Practices*. 1-2/2011, pp. 145-156, DOI:10.3280/ERP2011-001009

Mortari L. (2013), *Aver Cura della vita della mente*. Roma: Carocci.

Mortari, L. (2015). Reflectivity in research practice: An overview of different perspectives. *International Journal of Qualitative Methods*, 14(5) <https://doi.org/10.1177/1609406915618045>

Mortari, L., & Saiani, L. (2013). *Gesti e pensieri di cura*. McGraw-Hill.

Munir, F., Nielsen, K., Garde, A. H., Albertsen, K., & Carneiro, I. G. (2012). Mediating the effects of work-life conflict between transformational leadership and health-care workers' job satisfaction and psychological wellbeing. *Journal of nursing management*, 20(4), 512-521.

Nancy, J.-L. (2009). *Indizi sul corpo*. (trad. it. di M. Voza). Torino: Ananke.

- Network Non Autosufficienza (2017) *L'assistenza agli Anziani Non Autosufficienti In Italia.. 6° Rapporto 2017/2018. Il tempo delle risposte*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore
- Nicolini, D. (2011). Practice as the site of knowing: Insights from the field of telemedicine. *Organization Science*, 22(3), 602-620.
- Nussbaum M. (2001), *L'intelligenza delle Emozioni*, Bologna. Il Mulino edizioni.
- NVivo 12 pro - QRS Tutorial (2018) disponibile al sito: <https://www.qsrinternational.com/nvivo/free-nvivo-resources/tutorials>
- O'Cathain, A., Thomas, K. J., Drabble, S. J., Rudolph, A., Goode, J., & Hewison, J. (2014). Maximising the value of combining qualitative research and randomised controlled trials in health research: the QUALitative Research in Trials (QUART) study – a mixed methods study. *Health Technology Assessment*, 18(38). <https://doi.org/10.3310/HTA18380>
- Ogden P, Minton K, Pain C. (2006), *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: Norton Editions.
- Olausson, H., Cole, J., Rylander, K., McGlone, F., Lamarre, Y... Vallbo, A., (2008). Functional role of unmyelinated tactile afferents in human hairy skin: sympathetic response and perceptual localization. *Experimental Brain Research* 184, 135–140.
- Palese A., Brezil F. , Coiz F. (2010), L'interazione (e il tocco) tra infermieri-pazienti e tra OSS – pazienti nella pratica infermieristica quotidiana: studio comparativo, *Int Nurs Perspect* 2010; 10(2-3), 45-50
- Palese, A., Grassetti, L., Mansutti, I., Destrebecq, A., Terzoni, S., Altini, P., ... & De Biasio, L. (2017). Lo strumento italiano di misurazione della qualità dell'apprendimento clinico degli studenti infermieri. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 1(36), 41-50.
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., & Charalambous, A. (2011). Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1191-1205.
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., ... & Jarosova, D. (2012). A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients' and nurses' perspectives in six different EU countries. *Journal of advanced nursing*, 68(5), 1026-1037.
- Papadopoulos, I., Taylor, G., Ali, S., Aagard, M., Akman, O., Alpers, L. M., ... & González-Gil, T. (2017). Exploring nurses' meaning and experiences of compassion: An international online survey involving 15 countries. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(3), 286-295.
- Pedrazza, M. (2008). Attaccamento: processi psico-sociali e pratiche di cura. *DiPAV-QUADERNI*, 2008(21), 115-124.
- Pedrazza, M., Berlanda, S., Trifiletti, E., & Minuzzo, S. (2017). Variables of individual difference and the experience of touch in nursing. *Western journal of nursing research*, 0193945917705621.
- Pedrazza, M., Minuzzo, S., Berlanda, S., & Trifiletti, E. (2015). Development and initial validation of the nurses' comfort with touch scale. *Journal of nursing measurement*, 23(3), 364-368.
- Pedrazza, M., Minuzzo, S., Berlanda, S., & Trifiletti, E. (2015). Nurses' comfort with touch and workplace well-being. *Western journal of nursing research*, 37(6), 781-798.

- Picco, E., Santoro, R., & Garrino, L. (2010). Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience in clinical practice. *Nursing inquiry*, 17(1), 39-46.
- Prayez, P., & Savatofski, J. (2009). *Le toucher apprivoisé*. Lamarre: Paris
- Pyrko, I., Dörfler, V., & Eden, C. (2017). Thinking together: What makes Communities of Practice work? *human relations*, 70(4), 389-409.
- Rafael, A. R. F. (2000). Watson's philosophy, science, and theory of human caring as a conceptual framework for guiding community health nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 23(2), 34-49
- Ranheim, A., Kärner, A., Arman, M., Rehnsfeldt, A. W., & Berterö, C. (2010). Embodied reflection in practice 'Touching the core of caring'. *International journal of nursing practice*, 16(3), 241-247
- Rapporto OASI (2017). *Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*. Disponibile da: http://www.cergas.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Cdr/Centro_CERGASit/Home/Area+download+Rapporto+OASI+e+Mecosan/
- Ratcliffe, M. (2008). *Feelings of being: Phenomenology, psychiatry and the sense of reality*. Oxford: University Press.
- Ratcliffe, M. (2012). What is touch?. *Australasian Journal of Philosophy*, 90(3), 413-432.
- Red.San. (2017, dicembre 12) Rapporto Oasi/ Gli infermieri priorità per il sistema, ma sono troppo pochi. *Il Sole 24 ore*. disponibile da: <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2017-12-04/rapporto-oasi-gli-infermieri-priorita-il-sistema-ma-sono-troppo-pochi-171627.php?uuid=AEIGm0MD>
- Regione Lazio (2016) *Piano Formativo Regionale Triennio 2016-2018. Indirizzi strategici per la formazione degli operatori sanitari*.
- A cura di Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria-SaluteLazio. Disponibile da: https://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenutiDettaglio&id=191
- Reich W. (2000). *La funzione dell'orgasmo*. Milano: Il Saggiatore. (originariamente pubblicato nel 1942)
- Roberts BL., Rickard CM., Rajbhandari D., Reynolds P. (2007), Factual memories of ICU: recall at two years post-discharge and comparison with delirium status during ICU admission--a multicentre cohort study, *J Clin Nursing*, Sep vol. 16, n.9, pp 1669-77.
- Rocco, G., Cipolla, C., & Stievano, A. (2015). *La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale*. FrancoAngeli.
- Rositi, F. (1988). Analisi del contenuto. F. Rositi, M. Livolsi, a cura di, *La ricerca sull'industria*
- Routasalo, P. (1999). Physical touch in nursing studies: a literature review. *Journal of Advanced culturale*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Nursing*, 30(4), 843-850.
- Routasalo, P. (1996). Non-necessary touch in the nursing care of elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 23(5), 904-911.
- Routasalo, P., & Isola, A. (1998). Touching by skilled nurses in elderly nursing care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 12(3), 170-178.
- Ruffin, P. T. (2011). A history of massage in nurse training school curricula (1860-1945). *Journal of Holistic Nursing*, 29(1), 61-67.

Ruffino, M. (2013). Il mestiere di rappresentarsi verso il lavoro. L'individuo di fronte alla costruzione e al riconoscimento del valore e dell'identità professionale. *Sociologia del lavoro* (123)203, 137-156.

Russo, M. T. (2001). Filosofia e medicina: il ruolo delle Medical Humanities. *Acta Philosophica: rivista internazionale di filosofia*, 10(1), 111-120.

Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online journal of issues in nursing*, 16(1).135-139

Saiani, L. (2016). La storia italiana della formazione infermieristica: la "lunga marcia" dalle scuole regionali ai corsi di laurea magistrale. *TUTOR. Medical Education and Practice*, 16(1), 32-39.

Salzmann-Erikson, M., & Eriksson, H. (2005). Encountering touch: A path to affinity in psychiatric care. *Issues in mental health nursing*, 26(8), 843-852.

Sammut, G., Andreouli, E., Gaskell, G., & Valsiner, J. (Eds.). (2015). *The Cambridge handbook of social representations*. Cambridge University Press.

Sansoni, J., De Caro, W., Marucci, A. R., Sorrentino, M., Mayner, L., & Lancia, L. (2016). Nurses' Job satisfaction: an Italian study. *Ann Ig*, 28(1), 5 8-69.

Santi A, Fadda S, Scano G, Abis G (Ed.). 1° Simposio internazionale. Nuove strategie per gli interventi di prevenzione dello stress da lavoro. Sassari-Alghero, 8-10 luglio 2015. Atti. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Rapporti ISTISAN 16/21).

Saviato, R. M., & Leão, E. R. (2016). Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. *Escola Anna Nery*, 20(1), 198-202.

Schön D. A., Striano M., Capperucci D. (2006), *Formare il professionista riflessivo: per una nuova prospettiva della formazione e dell'apprendimento nelle professioni*, Milano: FrancoAngeli.

Semeraro, R. (2014). L'analisi qualitativa dei dati di ricerca in educazione. *Italian Journal of Educational Research*, (7), 97-106.

Serino, A., & Haggard, P. (2010). Touch and the body. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(2), 224-236.

Severino E. (1986), *La filosofia Contemporanea*. Milano:Rizzoli.

Silvestro, A. (2005) Da "ausiliari" a professione intellettuale il percorso degli infermieri italiani. *Rivista della scuola superiore dell'economia e delle finanze* 2005(5), 157-166

Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K. B., Childers, B., & Magera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction: A cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing & health sciences*, 16(1), 3-10.

Solinas G, De Santi A, Fadda S, Scano G, Abis G (Ed.). 1° Simposio internazionale. *Nuove strategie per gli interventi di prevenzione dello stress da lavoro*. Sassari-Alghero, 8-10 luglio 2015. Atti. Roma: (Rapporti ISTISAN 16/21).

Sperlinga, R., Marmo, G., Geninatti, S., Paofetti, S., Derossi^o, A. M., Galletti^o, C., ... & Gallizio^o, S. (2016) Indagine sul ruolo lavorativo e sui bisogni formativi di ex studenti di un master in management per le funzioni. *L'Infermiere* 53(2), 22-28

Spitz R.A. (2017) Hospitalism, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1:1, 53-74, DOI: 10.1080/00797308.1945.11823126

Squaglia, S., & Matarese, M. (2007). Studio qualitativo sui fattori che influenzano la scelta degli infermieri di lavorare con gli anziani. *Assistenza infermieristica e ricerca*, 26(2), 67-75.

Steiner, C. M. (1999). *Copioni di vita. Analisi Transazionale dei copioni esistenziali*. Milano: La vita felice

Tomietto, M., Papastavrou, E., Efstathiou, G., & Palese, A. (2014). Measuring the perception of caring in patients and in nurses: Italian validation of the Caring Behaviors Inventory (CBIta). *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 36(1), 38-44.

Van Manen, M. (2005). The pathic nature of inquiry and nursing. In *Nursing and the experience of illness* edited by Madjar I. and Walton J.A. (pp. 29-45). UK: Routledge.

Veldman, F. (2001). Confirming Affectivity, the Dawn of Human Life. *Neuroendocrinology Letters*, 22, 295-304.

Viafora C., Zanotti R, Furlan E. (2007), *L'etica della cura: tra sentimenti e ragioni*, Milano: FrancoAngeli.

Virzì, A., Bianchini, O., Dipasquale, S., Genovese, M., Previti, G., & Signorelli, M. S. (2011). Medicina narrativa: Cos' è. *Medicina narrativa*, 1, 9-13.

Zannini, L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa: nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Cortina.

Zannini, L., Randon, G., & Saiani, L. (2011). Il curriculum nascosto nella formazione infermieristica. *Medicina e Chirurgia*, 2011(52), 2292-2296.

Zannini, L. (2014). Bisogni di cura di sé nei contesti sanitari: come individuarli, come leggerli, come accompagnarli. *Encyclopaideia*, 18(39), 92-112.

Watson, J. (1997). The theory of human caring: retrospective and prospective. *Nursing science quarterly*, 10(1), 49-52.

Watson, J. (2009). Caring science and human caring theory: Transforming personal and professional practices of nursing and health care. *Journal of health and human services administration*, 466-482.

Watson, W. H. (1975). The meanings of touch: Geriatric nursing. *Journal of Communication*, 25(3), 104-112.

Weiss, S. J. (1990). Effects of differential touch on nervous system arousal of patients recovering from cardiac disease. *Heart & lung: the journal of critical care*, 19(5 Pt 1), 474-480.

Weiss, S. J. (1992). Measurement of the sensory qualities in tactile interaction. *Nursing Research*, 41(2), 82-86.

Weiss, S. J., Wilson, P., & Morrison, D. (2004). Maternal tactile stimulation and the neurodevelopment of low birth weight infants. *Infancy*, 5(1), 85-107.

Wenger E. (2006) *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*. Milano:Raffaello Cortina

Whiteside, J., & Butcher, D. (2015). 'Not a job for a man': factors in the use of touch by male nursing staff. *British Journal of Nursing*, 24(6), 335-341.

Wilson, M., Gettel, V., Walsh, J., & Esquenazi, S. (2016). Caring Compassionately for Hospitalized Patients: Can Nurse-Delivered Massage Address Compassion Fatigue? *International Journal for Human Caring*, 20(3), 146-154.

Winnicott, D. W. (1971). *Gioco e realtà*. Armando editore:Roma

ALLEGATI-1 Consenso Focus

**Corso di Dottorato in Ricerca Educativa e Psicologia dello Sviluppo
XXXI ciclo - Dipartimento di Psicologia
Università di Roma "La Sapienza"
Via dei Marsi 78, 00185 Roma**

Modulo di consenso informato per la partecipazione a un focus group per progetto di ricerca sul contatto e caring infermieristico.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____

Dichiara:

- di essere stato informato/a riguardo alle finalità e agli obiettivi della ricerca in questione;
- di aver avuto la possibilità di porre domande a proposito di qualsiasi aspetto del focus group e di aver ottenuto risposte soddisfacenti;
- di aver ricevuto soddisfacenti assicurazioni sulla riservatezza delle informazioni;
- di essere consapevole di potersi ritirare in qualsiasi fase del focus group;
- di aver liberamente dato il consenso alla partecipazione al focus group;
- di autorizzare la registrazione audio del focus group condotta da Enrico De Luca e il successivo utilizzo della stessa a soli fini scientifici;
- di vietare l'uso del materiale registrato in contesti che pregiudicherebbero la propria dignità e decoro;
- di partecipare alla ricerca in forma del tutto gratuita.

Firma del partecipante: _____

Firma del ricercatore _____

Data

I dati raccolti saranno trattati in accordo con le leggi sulla privacy e in conformità al Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", garantendo l'anonimato dei partecipanti.

ALLEGATI-2 -Questionari

Questionario di Agio/Disagio al Contatto (Comfort with Touch Scale)

Quanto ti senti a tuo agio nell'eseguire le seguenti azioni, della tua pratica quotidiana?	Pe r nulla	Poc o	Legger mente	Neutr o	Abba stanz a	Molt o	Moltis simo
1 Palpare il polso del paziente per rilevare la frequenza	1	2	3	4	5	6	7
2 Abbracciare il paziente	1	2	3	4	5	6	7
3 Toccare il paziente per effettuare una prestazione (iniezione, prelievo etc.)	1	2	3	4	5	6	7
4 Fare l'igiene orale	1	2	3	4	5	6	7
5 Massaggiare il viso del paziente per rilassare	1	2	3	4	5	6	7
6 Lavare e asciugare le mani del paziente	1	2	3	4	5	6	7
7 Massaggiare il dorso del paziente per ridurre il dolore, la tensione, indurre il sonno	1	2	3	4	5	6	7
8 Lavare e asciugare i piedi del paziente	1	2	3	4	5	6	7
9 Massaggiare le mani del paziente per ridurre il dolore	1	2	3	4	5	6	7
10 Liberare il braccio del paziente per misurare la pressione	1	2	3	4	5	6	7
11 Fare il bagno completo al paziente	1	2	3	4	5	6	7
12 Massaggiare i piedi del paziente per rilassare	1	2	3	4	5	6	7
13 Effettuare l'igiene intima del paziente	1	2	3	4	5	6	7
14 Accarezzare il braccio	1	2	3	4	5	6	7
15 Tenere la mano in momenti di grande sofferenza	1	2	3	4	5	6	7
16 Massaggiare le gambe del paziente allettato per dare benessere	1	2	3	4	5	6	7

17	Tenere la mano nei momenti di ansia/agitazione	1	2	3	4	5	6	7
18	Accarezzare la mano	1	2	3	4	5	6	7
19	Lasciare che il paziente appoggi la testa sulla mia spalla	1	2	3	4	5	6	7
20	Mettere la mano sulla spalla o sul braccio per dare sostegno	1	2	3	4	5	6	7
21	Prendere tra le braccia il paziente	1	2	3	4	5	6	7
22	Permettere al paziente di piangere tra le mie braccia	1	2	3	4	5	6	7
23	Lavare ed asciugare il viso del paziente	1	2	3	4	5	6	7

	Quanto esprimi i seguenti comportamenti nella tua pratica quotidiana?	Mai	Raramente	Normalmente	Abbastanza	Spesso	Sempre
1	Recarsi dal paziente senza essere chiamati.	1	2	3	4	5	6
2	Dare informazioni o consigliare il paziente.	1	2	3	4	5	6
3	Incoraggiare il paziente a chiamare se dovessero esserci problemi.	1	2	3	4	5	6
4	Aiutare il paziente a gestire la sua situazione di salute.	1	2	3	4	5	6
5	Aiutare a ridurre il dolore del paziente.	1	2	3	4	5	6
6	Coinvolgere il paziente nella pianificazione della sua assistenza	1	2	3	4	5	6
7	Somministrare al paziente le terapie nei tempi corretti.	1	2	3	4	5	6
8	Parlare con il paziente.	1	2	3	4	5	6
9	Sapere come somministrare iniezioni, infusioni, ecc.	1	2	3	4	5	6
10	Rispondere rapidamente alla chiamata del paziente	1	2	3	4	5	6
11	Dimostrare conoscenza e abilità professionale.	1	2	3	4	5	6
12	Mostrare interesse per il paziente.	1	2	3	4	5	6
13	Trattare i dati dei pazienti nel	1	2	3	4	5	6

	rispetto della riservatezza.						
14	Ascoltare con attenzione il paziente.	1	2	3	4	5	6
15	Relazionarsi al paziente come persona.	1	2	3	4	5	6
16	Dimostrarsi sicuri con il paziente.	1	2	3	4	5	6
17	Essere empatici ovvero identificarsi con il paziente (mettersi nei panni del paziente).	1	2	3	4	5	6
18	Gestire presidi e materiali con abilità.	1	2	3	4	5	6
19	Venire incontro ai bisogni espressi ed inespressi del paziente.	1	2	3	4	5	6
20	Alleviare i sintomi del paziente.	1	2	3	4	5	6
21	Trascorrere del tempo con il paziente.	1	2	3	4	5	6
22	Supportare il paziente.	1	2	3	4	5	6
23	Dimostrarsi pazienti e non affaticati con il paziente.	1	2	3	4	5	6
24	Permettere al paziente di esprimere le proprie emozioni in merito alla malattia e al trattamento.	1	2	3	4	5	6

ALLEGATI-3 Tabelle analisi dei dati

TABELLE DELLE ANALISI DEI DATI QUANTITATIVI

1) Lambda di Wilks

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^c
Time	Pillai's Trace	,005	,255 ^b	2,000	110,000	,775	,005	,511	,089
	Wilks' Lambda	,995	,255^b	2,000	110,000	,775	,005	,511	,089
	Hotelling's Trace	,005	,255 ^b	2,000	110,000	,775	,005	,511	,089
	Roy's Largest Root	,005	,255 ^b	2,000	110,000	,775	,005	,511	,089
Time Gruppo	* Pillai's Trace	,094	5,735 ^b	2,000	110,000	,004	,094	11,470	,858
	Wilks' Lambda	,906	5,735^b	2,000	110,000	,004	,094	11,470	,858
	Hotelling's Trace	,104	5,735 ^b	2,000	110,000	,004	,094	11,470	,858
	Roy's Largest Root	,104	5,735 ^b	2,000	110,000	,004	,094	11,470	,858

a. Design: Intercept + Gruppo
Within Subjects Design: Time

b. Exact statistic

c. Computed using alpha = ,05

2) Test di Levene

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
C0	2,112	1	111	,149
C1	8,291	1	111	,005
C2	8,938	1	111	,003

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Gruppo
Within Subjects Design: Time

3) Anova 3x2 Caring Behavior

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Squared	Eta Noncent. Parameter	Observed Power ^c
Time	Pillai's Trace	,007	,402 ^b	2,000	109,000	,670	,007	,804	,114
	Wilks' Lambda	.993	.402^b	2,000	109,000	.670	.007	,804	,114
	Hotelling's Trace	,007	,402 ^b	2,000	109,000	,670	,007	,804	,114
	Roy's Largest Root	,007	,402 ^b	2,000	109,000	,670	,007	,804	,114
Gruppo	* Pillai's Trace	,005	,273 ^b	2,000	109,000	,762	,005	,546	,092
	Wilks' Lambda	.995	.273^b	2,000	109,000	.762	.005	,546	,092
	Hotelling's Trace	,005	,273 ^b	2,000	109,000	,762	,005	,546	,092
	Roy's Largest Root	,005	,273 ^b	2,000	109,000	,762	,005	,546	,092

a. Design: Intercept + Gruppo
Within Subjects Design: Time

b. Exact statistic

c. Computed using alpha = ,05

ALLEGATI-4 Sottoscale dei questionari

Comfort with Touch Scale/ Sotto scale

Contatto orientato al compito

- 1 Palpare il polso del paziente per rilevare la frequenza
- 2 Liberare il braccio del paziente per misurare la pressione
- 3 Toccare il paziente per effettuare una prestazione (iniezione, prelievo etc.)

Cure della persona

- 4 Lavare e asciugare le mani del paziente
- 5 Lavare e asciugare il viso del paziente
- 6 Effettuare l'igiene intima del paziente
- 7 Lavare e asciugare i piedi del paziente
- 8 Fare il bagno completo al paziente
- 9 Fare l'igiene orale

Comfort fisico

- 10 Massaggiare le mani del paziente per ridurre il dolore
- 11 Massaggiare i piedi del paziente per rilassare
- 12 Massaggiare il dorso del paziente per ridurre il dolore, la tensione, indurre il sonno
- 13 Massaggiare il viso del paziente per rilassare
- 14 Massaggiare le gambe del paziente allettato per dare benessere

Rassicurare

- 15 Tenere la mano nei momenti di ansia/agitazione
- 16 Tenere la mano in momenti di grande sofferenza
- 17 Accarezzare la mano
- 18 Accarezzare il braccio
- 19 Mettere la mano sulla spalla o sul braccio per dare sostegno

Supporto Emotivo

- 20 Lasciare che il paziente appoggi la testa sulla mia spalla
- 21 Permettere al paziente di piangere tra le mie braccia
- 22 Prendere tra le braccia il paziente
- 23 Abbracciare il paziente

Questionario Caring Behaviour Inventory versione Italiana CBita 24 con sottoscale

		Quanto esprimi i seguenti comportamenti nella tua pratica quotidiana?	Mai	Raramente	Normalmente	Abbastanza	Spesso	Sempre
Assicurare presenza	1	Recarsi dal paziente senza essere chiamati	1	2	3	4	5	6
	2	Parlare con il paziente	1	2	3	4	5	6
	3	Incoraggiare il paziente a chiamare se dovessero esserci problemi	1	2	3	4	5	6
	4	Rispondere rapidamente alla chiamata del paziente	1	2	3	4	5	6
	5	Aiutare a ridurre il dolore del paziente	1	2	3	4	5	6
	6	Mostrare interesse per il paziente	1	2	3	4	5	6
	7	Somministrare al paziente le terapie nei tempi corretti.	1	2	3	4	5	6
	8	Alleviare i sintomi del paziente	1	2	3	4	5	6
	Abilità professionali	9	Sapere come somministrare iniezioni, infusioni, ecc.	1	2	3	4	5
10		Dimostrarsi sicuri con il paziente.	1	2	3	4	5	6
11		Dimostrare conoscenza e abilità professionale.	1	2	3	4	5	6
12		Gestire presidi e materiali con abilità.	1	2	3	4	5	6
13		Trattare i dati dei pazienti nel rispetto della riservatezza.	1	2	3	4	5	6

Rispetto	14	Ascoltare con attenzione il paziente.	1	2	3	4	5	6
	15	Relazionarsi al paziente come persona.	1	2	3	4	5	6
	16	Supportare il paziente.	1	2	3	4	5	6
	17	Essere empatici ovvero identificarsi con il paziente (mettersi nei panni del paziente).	1	2	3	4	5	6
	18	Permettere al paziente di esprimere le proprie emozioni in merito alla malattia e al trattamento.	1	2	3	4	5	6
	19	Venire incontro ai bisogni espressi ed inespressi del paziente.	1	2	3	4	5	6
Attenzione all'esperienza altrui	20	Dare informazioni o consigliare il paziente.	1	2	3	4	5	6
	21	Trascorrere del tempo con il paziente.	1	2	3	4	5	6
	22	Aiutare il paziente a gestire la sua situazione di salute.	1	2	3	4	5	6
	23	Dimostrarsi pazienti e non affaticati con il paziente.	1	2	3	4	5	6
	24	Coinvolgere il paziente nella pianificazione della sua assistenza	1	2	3	4	5	6