



UFFICIO NAZIONALE
PER LA PASTORALE
DELLA SALUTE
della Conferenza Episcopale Italiana

LA FORMAZIONE CONTINUA

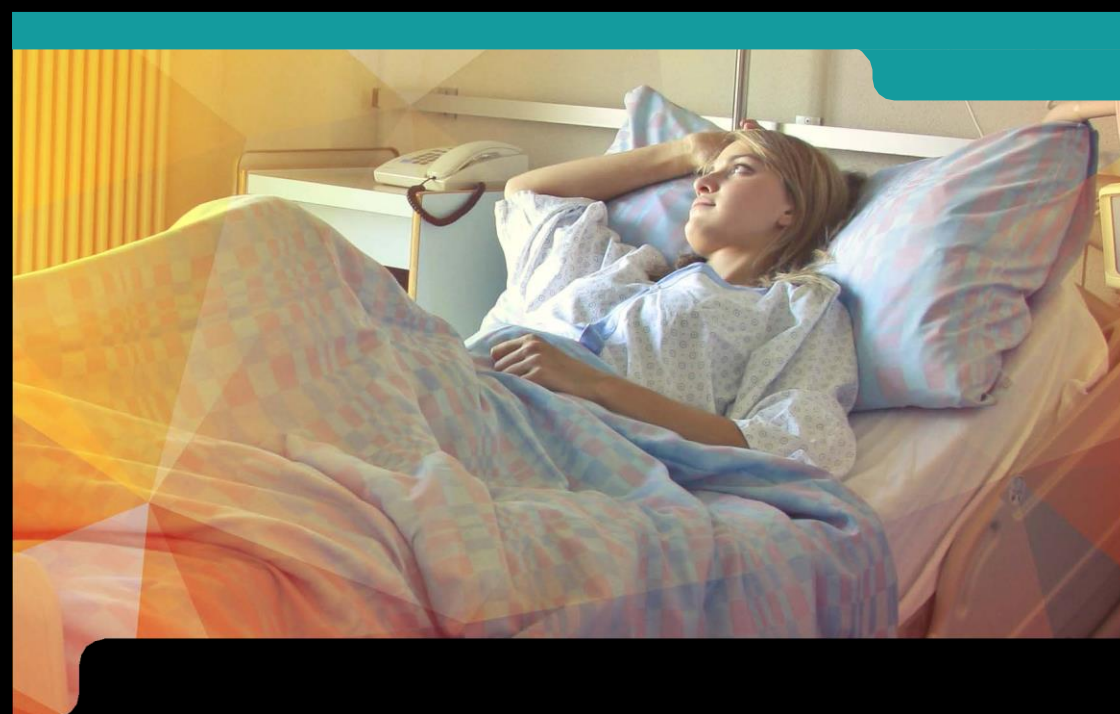


UNIVERSITÀ DI PAVIA
Dipartimento di
Sanità Pubblica, Medicina
Sperimentale e Forense

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

CLASSE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

Presidente Prof.ssa Cristina Arrigoni



FRAGILE . MANEGGIARE CON CURA

La tutela delle persone vulnerabili nel mondo
della salute

2. *Il rumore dei gesti.* Sintonizzarsi sulle giuste frequenze per non equivocarsi

Agenda dell'incontro

- Qualcosa su di me
- Struttura dell'incontro
- Materiali e metodologie che useremo
- Spazio alle domande

Presentazioni





Qualcosa su di me... (1/2)

- Formazione Infermieristica e Laurea in Pedagogia indirizzo psicologico
- Master II livello in Progettazione sanitaria e promozione della salute
- Esperienza lavorativa in aziende sanitarie prima come infermiera e poi come dirigente



Qualcosa su di me... (2/2)

- da quasi 18 anni in Università degli Studi di Pavia, ora Professore Associato (MEDS-24/C)
- Presidente della Classe I lauree PSIO, Facoltà Medicina e Chirurgia di Pavia
- Docente, formatore
- di infermieri, ostetriche, medici e professioni sanitarie
 - insegnanti, vari livelli scolastici ai vari livelli e docenti universitari
- Ricercatore

Nursing & Medical Education: efficacia delle strategie didattiche e tutoriali nella formazione degli studenti universitari e nella formazione continua;

sistemi di valutazione e sviluppo del ragionamento diagnostico e clinico degli studenti

Clinical research: processi assistenziali nei pazienti con patologie croniche e degenerative; strumenti/metodi di valutazione degli esiti delle cure infermieristiche; salute organizzativa:

strategie di coping, QoL, stress e ansia

Struttura dell'incontro

Questioni introduttive

Il corpo, la cura e la relazione di cura

La corporeità e la pelle

La pelle, il tatto, il tocco.

Relazione di cura: quale distanza?

La prossemica



Materiali e metodi dell'incontro

- Slide

- Vissuti, emozioni, esperienze,...
- narrazioni autobiografiche,
- arte, risultati ricerca qualitativa,
- esperienze di cura narrate

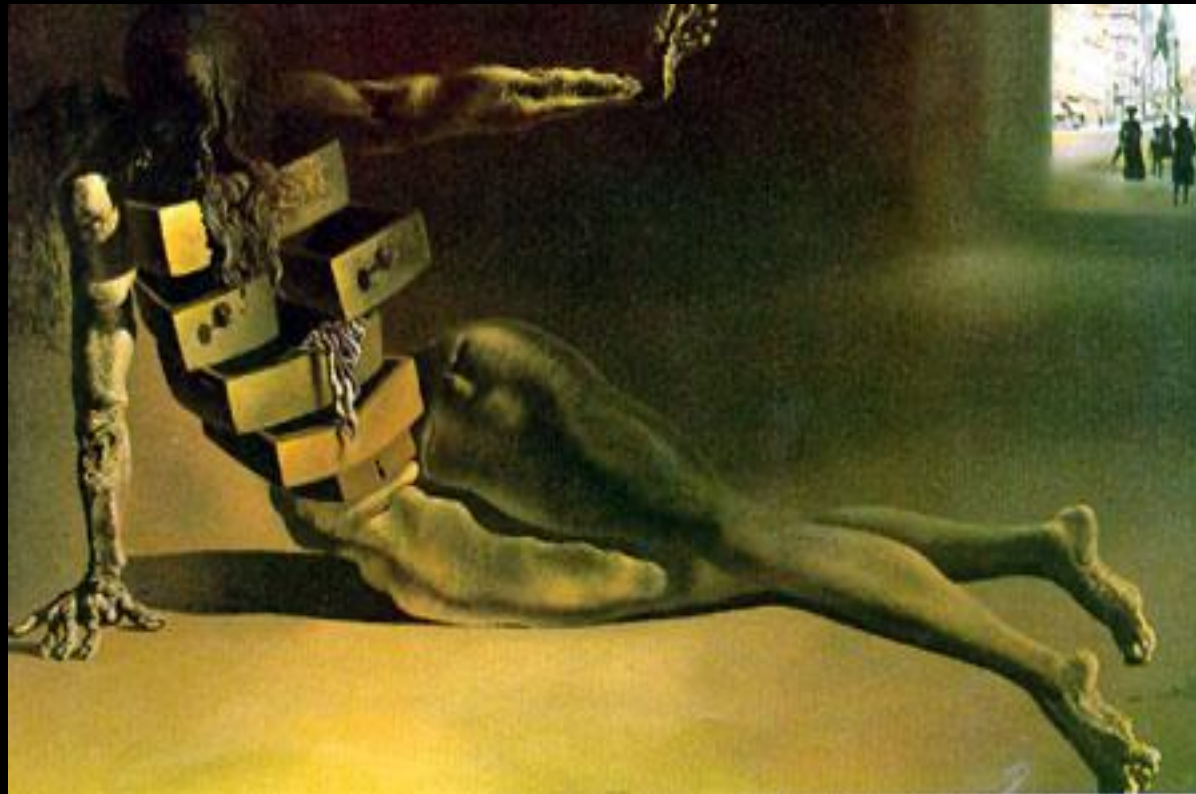
...domande



Il corpo



Quale corpo?



Dimensione oggettiva del corpo
Salvador Dalí Città di cassetti 1936



Dimensione soggettiva
Corpo vissuto

- Title: Seated Male Nude, Back View
- Creator: Egon Schiele
- Date Created: 1910

Il corpo si fa incontro



Come possiamo definire il corpo?

Quanto spesso il corpo viene dato per ovvio nella nostra vita?



M. Heidegger
Essere e Tempo,
pag 157

innanzitutto e per lo più nei modi difettivi dell'aver cura. L'essere l'uno per l'altro, l'uno contro l'altro, il trascurarsi l'un l'altro, il non importare all'uno dell'altro, sono modi possibili dell'aver cura. Sono proprio i modi citati per ultimi, cioè i modi della deficienza e della indifferenza, quelli che caratterizzano l'essere assieme quotidiano e medio. [...] il non-importare-nulla-all'uno-dell'altro proprio dell'Esserci assieme. (Ivi, p. 157)

Se così fosse, se cioè a prevalere fosse il modo indifferente dell'essere con gli altri, e quindi i modi d'essere di una presenza mancante e dell'indifferenza, allora la civiltà verrebbe meno dal momento che sono proprio i modi positivi dell'aver cura a rendere possibile il fiorire di una civiltà. Proprio perché da questi dipende la possibilità che la vita sia conservata, riparata e fatta fiorire, i modi positivi della cura debbono essere necessariamente il di più rispetto a quelli difettivi. I modi positivi della cura che fermentano la vita quotidiana sono quelli agiti per lo più dalle donne. Heidegger non li vede, anche se sono stati indicati da altri filosofi.

Fragilità e Vulnerabilità

Primarietà della cura

JMP - Online Open access - published on Maj 2017 as 1.2017

L'essenziale per la vita. Per una filosofia della cura

Luigina Mortari

MEDICINA & PERSONA
Journal of
Medicine and the Person



Attic relief showing woman giving birth on birthing stool, with midwife and kinswomen in attendance, Athens, III sec.

Rilievo raffigurante una donna che partorisce su uno sgabello da parto, con l'ostetrica e le parenti presenti, Atene, III sec. b.

Narrazione esperienza di cura: Studentessa LM AA 2019-20

«...Decisi di entrare nuovamente in stanza di Lucia. Questa volta però, sono arrivata io mezz'ora prima dell'inizio del turno. Stava pranzando, così ho deciso di condividere quel momento con lei. Avevo preso una mela dalla cucina del reparto, sbucciata e messa in un piatto, memore della sua continua richiesta di frutta al personale di supporto. Dopo essermi presentata nuovamente, ho accolto Lucia come una bambina smarrita.

«Sì, l'avevo immaginata così nella mia testa, una bambina che si è persa e che ha un disperato bisogno di ritrovare la strada giusta. Ho semplicemente ascoltato, non ho fatto altro. Mi sono seduta al tavolo di fianco a lei. Mi ha raccontato tutto mentre condividevamo quel momento che era solo nostro: dall'inizio, quando era in casa e ha avuto la prima crisi respiratoria, al suo ricovero e la sua esperienza in quel reparto e la fine, qui con noi.

Avevo impiegato così tanto tempo a capire cosa fosse più giusto per lei, per cercare di farla aprire senza successo, che mi sembrava di essere su una nuvola, come se finalmente dopo tanto "fermarmi a pensare", ci stessi riuscendo.

Aveva avuto la prima crisi respiratoria in casa, era con sua figlia e non sapeva cosa fare. Mi ha raccontato della difficoltà che ha avuto nel cercare di far sembrare una crisi respiratoria in piena regola, una semplice allergia, per non farla preoccupare. Spesso penso a quanto sia incredibile l'uomo: riusciamo a pensare prima a chi vogliamo bene e ci preoccupiamo prima di loro piuttosto che di noi.

Esattamente come avevo fatto anche io: cercavo di tranquillizzare i miei genitori, che ormai non vivevano più con me: "State tranquilli, tanto non ci sto tanto vicino...", ingenuamente pensavo che avrebbero creduto alle mie parole.

Lucia continuava a raccontarmi della sua mancanza d'aria e senso di costrizione e per farmi capire mi ha fatto un esempio, che ricordo ancora: "Sara, pensa di respirare per un'ora in un sacchetto chiuso... senti che ti manca l'aria ma non puoi toglierti, non riesci anche volendo! Pensa che anche solo l'alzarti in piedi ti priva di ogni forza residua...".

Avevamo sintomi diversi: io non mi sono mai ammalata durante il periodo del covid, ma ero incredibilmente esausta. Ho provato una stanchezza fisica che sentivo fin dentro le ossa, sono rimasta in piedi per tante, tantissime ore. Spesso mi mancava il fiato, l'ansia mi corrodeva, l'aria fresca era un miraggio... mentre mi raccontava i suoi sintomi, a uno a uno, io pensavo ai miei.

Io ero come lei.» .

La pelle, il tatto, il tocco.



Scienza e carità (in spagnolo Ciencia y caridad) è un dipinto a olio su tela (cm 197x249,5) realizzato da Pablo Picasso nel 1897.



Tocco persona assistita - sanitario


Lo studio del tocco nell'interazione tra persona assistita e infermiere risale agli anni Settanta quando Barnett nel libro «*A theoretical construct of concepts of touch as they relate to nursing*» propose una distinzione fra tocco necessario e tocco non necessario (1972)


- Tocco necessario (tocco strumentale): inteso come un contatto fisico intenzionale con lo scopo di realizzare un certo compito.
- Tocco non necessario (tocco espressivo): inteso come un tocco spontaneo e affettivo e non necessario all'esecuzione di un intervento assistenziale. Questa categoria porta con sé anche quella del tocco empatico, in cui l'infermiere esprime ciò che sente di offrire in una certa situazione di cura e in base a ciò che l'altro incoraggia a dare, in modo da influenzare la guarigione attraverso il sé dell'operatore (Palese, 2004, p. 79).


(Anzieu D., *Le Moi-Peau*, Bordas, Paris, 1985; trad. it. *L'io-pelle*, Borla, Roma, 2005)

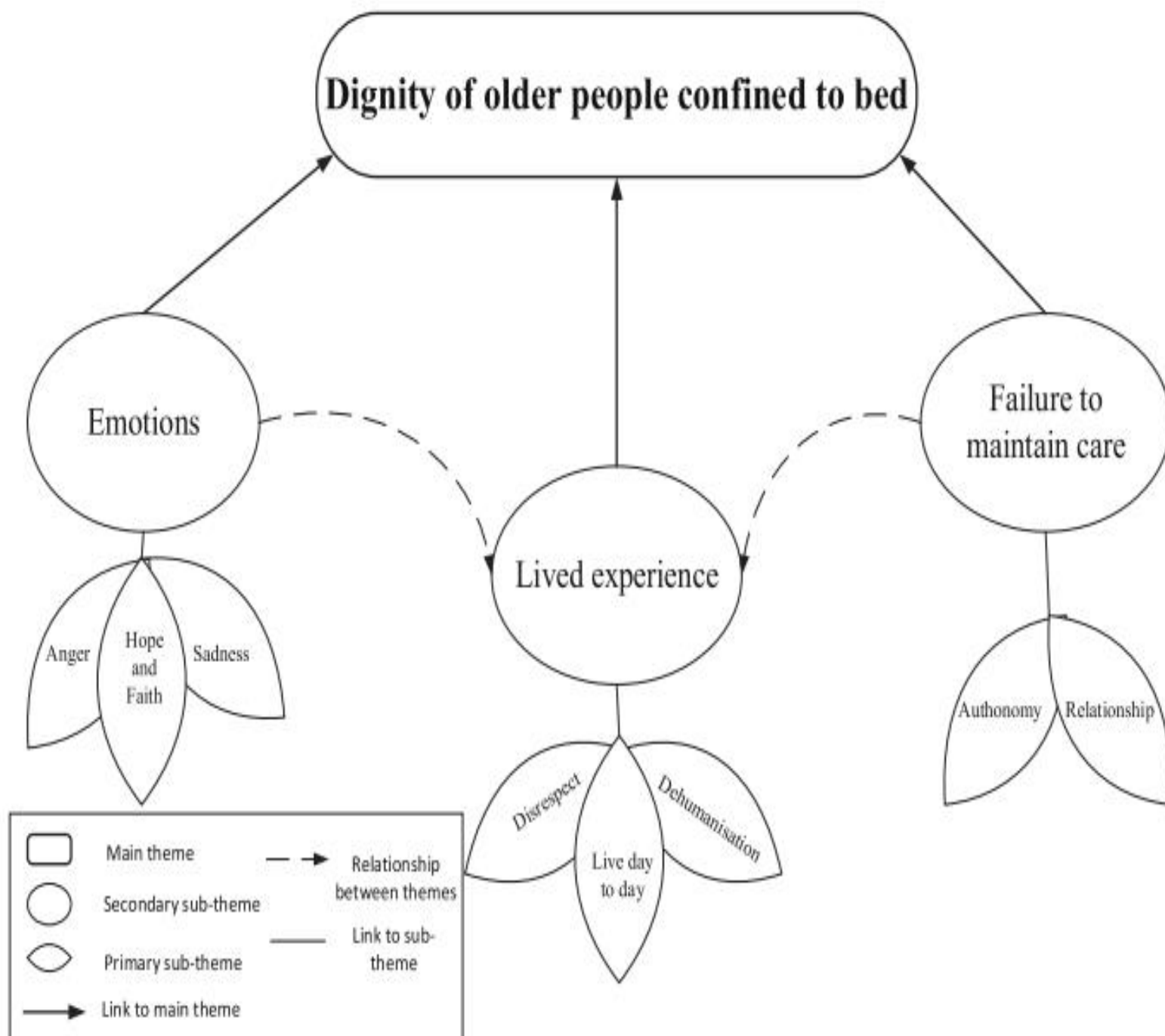
(Barnett, 1972; Edwards, 1998; Routasalo, 1999); (Edvardsson et al., 2003); (Davidhizar, Giger, 1997); O' Lynn, Krautscheid, 2011; Gleeson (Gleeson, Timmins, 2005 ;

Experiences with dignity among older people confined to beds living in a nursing home: A qualitative descriptive study

Zvonka Fekonja RN, MSc, PhD candidate, Teaching assistant¹  |

Sergej Kmetec RN, MSc, PhD candidate, Teaching assistant¹  |

Mateja Lorber RN, PhD, Associate professor¹  |



(Charles)No, è dura per me accettare che non posso stare in piedi da solo e che non posso più camminare. Se potessi camminare di nuovo, non sarei qui, ma preferirei vivere a casa mia. È dura per mia moglie perché non può più prendersi cura di me mentre sono immobile.

(Amanda)Mi sento come se fossi solo una cosa per loro. Se eri incontinente di feci, ti cambiano i pannolini, e basta.

(Betty)È bello quando qualcuno ti fa visita e ti accarezza un po'. Sai quanto vale?

(Debra)Alcune infermiere vengono, non mi parlano nemmeno, fanno il loro lavoro e poi se ne vanno dalla stanza. Per me significa molto se si prendono un po' di tempo e mi parlano.

FIGURE 1 Main theme and relations between subthemes



OPEN ACCESS



Dignity and loss of dignity: Experiences of women living with incurable cancer at home

Katrine Staats^a , Ellen Karine Grov^b , Bettina S. Husvick^c,
Oscar Tranvåg^{c,d}

^aDepartment of Global Public Health and Primary Care, Centre for Elderly Medicine, University of Bergen, Bergen, Norway; ^bInstitute of Nursing, Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway; ^cDepartment of Health and Social Sciences, Western Norway University of Applied Sciences; ^dOslo University Hospital, Norwegian National Advisory Unit on Women's Health

Il problema è che le infermiere sono troppo gentili... e troppo disponibili. Ho la sensazione che prendano il mio potere... Mi rendono completamente passivo. Mi siedo lì e tutto viene fatto per me. Non lo sopporto. Come se qualcuno mi avesse tolto la vita... Me ne sto lì seduto (partecipante 2)

The problem is that the nurses are too kind ... And too helpful. I feel that they seize my power ... Make me completely passive. I just sit there and everything is being done for me ... I can't stand it. Like someone took my life from me ... just sitting there ... (Participant 2)

Experiences and expectations of receiving volunteer services among home-based elderly in Chinese urban areas: A qualitative study

Lei Huang PhD Candidate, Student¹ | F
Lin Guo PhD, Professor² | Yuqin Chen M
Mingjiao Feng MSN Candidate, Student¹ |
Lihua Zhang MSN, Nurse¹ | Ziyun Jiang M
Yilan Liu PhD, Professor¹

«...Di solito, i vicini parlano con me e il mio umore solitario diminuisce notevolmente. Spero che i volontari vengano spesso a trovarmi e a chiacchierare. (P14)»

Some participants hoped to get psychological support to alleviate negative emotions:

Usually, neighbors talk with me, and my lonely mood decreases greatly. I hope volunteers often come to see me and chat. (P14)

Il volontario - una risorsa nella relazione

Per volontariato si intende un'attività liberamente scelta, a favore di persone estranee al nucleo familiare, che si esprime in forma individuale o collettiva, tanto nell'ambito di organizzazioni formali (private, pubbliche o del terzo settore) quanto in gruppi informali, che non comporta retribuzione. (L. 266/1991, art. 2).

- il volontariato è, al pari della cura, a tutti gli effetti un lavoro, sebbene non remunerato e non mediato da relazioni di mercato *(Lister, 2002)*

- Nelle strutture in cui volontari ed operatori operano fianco a fianco, emerge con una certa chiarezza la specificità del ruolo del volontario, rispetto a quella dell'operatore.
- Il volontario *tende a stabilire una relazione più paritaria, affettivamente più connotata, meno impersonale.*

Le motivazioni che spingono una persona a fare volontariato sono molteplici, come per esempio l'aver vissuto un'esperienza personale spiacevole di malattia e solitudine unita al desiderio di voler evitare che altri provino lo stesso dramma (Nogueira-Martins, Bersusa, Siqueira, 2010).

Il volontariato insegna l'importanza di valori come l'amore e la pazienza, fa sentire le persone migliori, permette di acquisire capacità di ascolto, sviluppa una forza interiore ed aiuta a prendersi cura degli altri (Akintola, 2010).

2.3. *Distacco e coinvolgimento emotivo*

«È brutto ma bisogna essere distaccati».

«Chiaro, in alcuni momenti ci puoi ripensare ma poi non più di tanto ecco. Perché se no poi è peggio che mai, non hai più una vita».

«Quella scena me la son sognata per diverso tempo».

«Quando siamo andati via c'ho ripensato, c'ho pensato anche tante volte le notti».

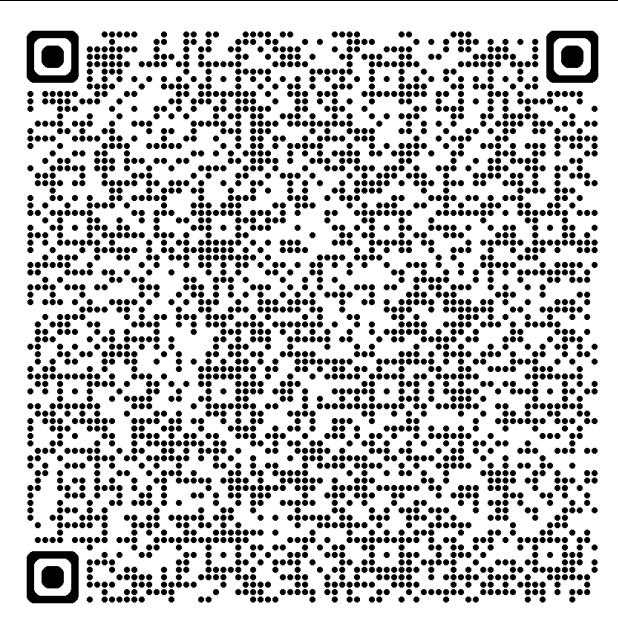
- Anni dedicati all'attività di volontariato; le persone che sono volontarie da più tempo associano il distacco emotivo all'abitudine, «Magari secondo me è anche questione di un po' di abitudine, più lo vedi, sai che anche quelle cose fanno parte del mondo e della vita e te ne fai una ragione», mentre chi «Ha cominciato adesso, deve arrivare al punto in cui riesce a non farsi coinvolgere troppo».

Mi dispiace, a volte si vedono lì che sembrano un po' abbandonati anche a se stessi».

«Siamo molto più a contatto con gli anziani, che a volte chiamano solamente perché son soli, perché hanno bisogno di qualcuno che magari gli controlli le medicine che devono prendere».

Accompagnare con la propria presenza
una persona anziana: un'esperienza
di volontariato presso la Comunità
“Le Civette” di Firenze.

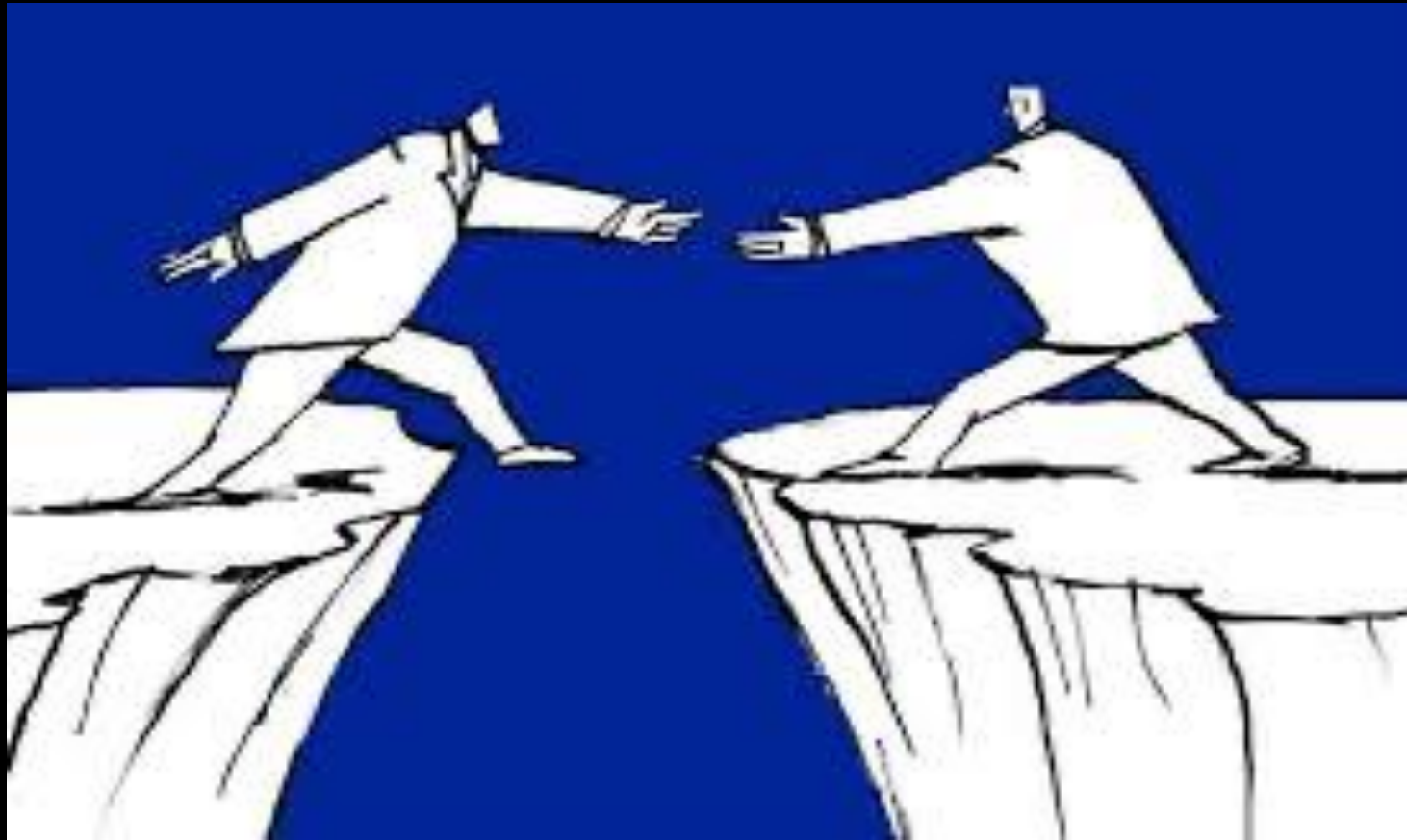
Debora Tringali, Eleonora Fazzini, Giulia Borgogni,
Rosapia Lauro Grotto, Massimo Papini



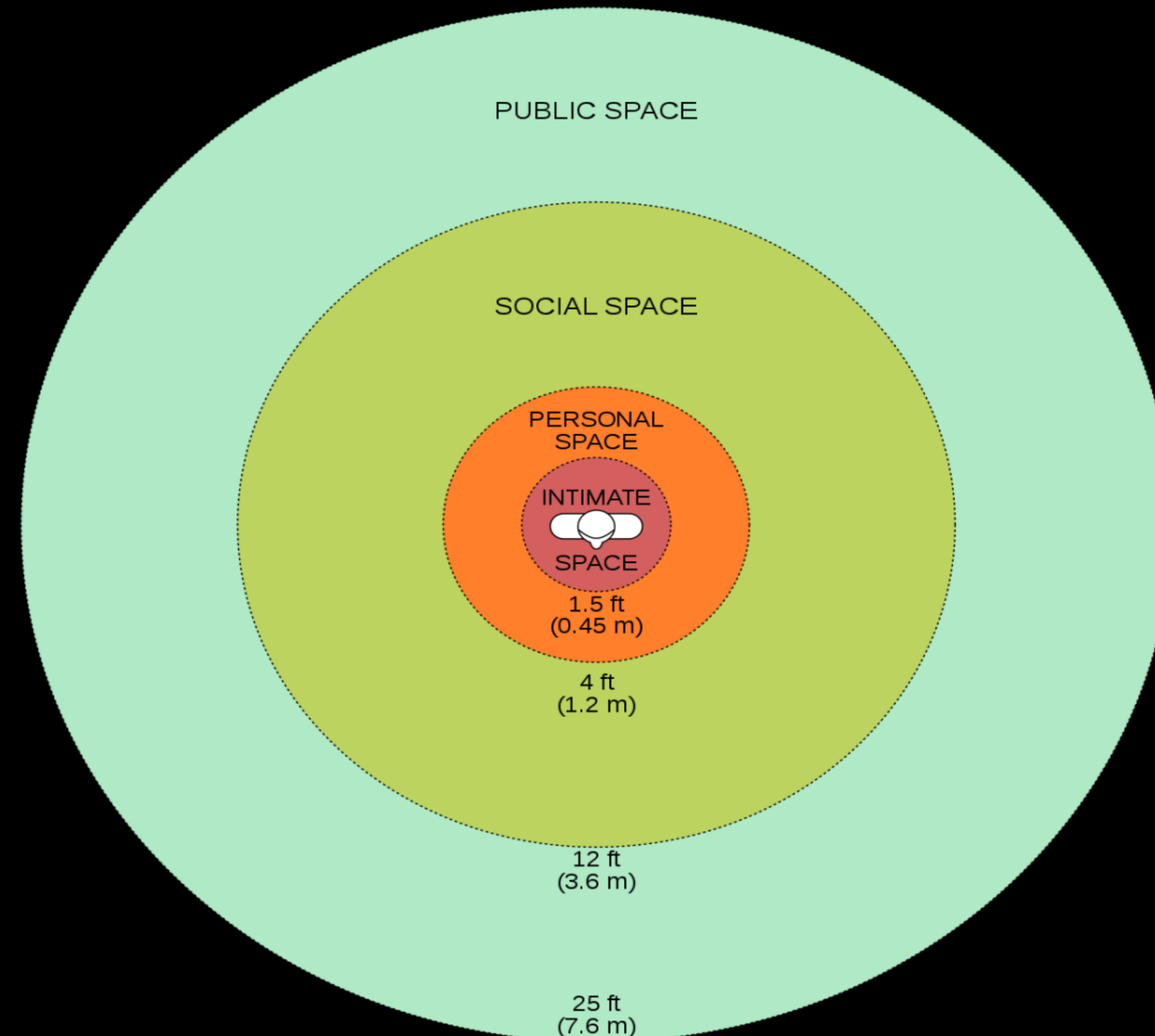
Altre testimonianze illustrano come a partire da una situazione di stigma, nel contatto con i pazienti ex manicomiali si sia rivelata rapidamente una realtà del tutto inattesa. Una volontaria ricorda il così primo contatto con i pazienti ex manicomiali:

La prima volta mi tremava anche l'orlo dei pantaloni, l'ammetto francamente perché... Eh!... L'ammetto francamente. Però, accompagnata da una volontaria, sono andata lì e sono stata immediatamente conquistata da queste persone, queste persone... Che all'epoca erano tutti ex manicomiali... In questo reparto... Cioè... Mi hanno conquistato!". (Volontario n. 6)

Quale distanza per essere accanto all'altro?



Linguaggio non verbale la prossemica è una branca del sapere introdotta dall'antropologo americano Edward T. Hall nel 1966 ("The Hidden Dimension") dopo aver ripreso le ricerche etologiche di Heini Hediger sul comportamento animale, che studia lo spazio o meglio la "bolla" che incorpora un organismo e lo separa dagli altri.



(Copyright immagine: Diagramma di Edward T. Hall con i raggi espressi in piedi e metri)

La distanza interpersonale secondo Hall

ZONA SOCIALE 1,2 - 3,5 m	ZONA PUBBLICA oltre 3,5m
Si annulla completamente possibilità contatto fisico compensata dalla diretta visione dell'interlocutore La voce assume un tono più alto	E' la comunicazione pubblica (es relazione in un convegno) La gestualità è amplificata e assume una funzione di rinforzo
La nostra zona sociale è riservata a contatti sociali di tipo superficiale- Conoscenti- colleghi- capi	Generalmente la posizione del relatore può essere seduta o eretta dietro la scrivania

La distanza interpersonale secondo Hall

ZONA INTIMA 45 cm

Permette relazioni intime, contatto fisico, consente di sentire l'odore, di percepire l'intensità delle emozioni

La zona intima viene detta «*bubble*» = BOLLA Circonda il nostro corpo come una seconda pelle

All'interno della nostra bolla ci sentiamo sicuri teniamo le persone a giusta distanza dal nostro corpo

Quale è la condizione per la quale lasciamo che qualcuno entri nella nostra bolla?

La condizione per cui lasciamo DELIBERATAMENTE che qualcuno acceda alla nostra zona intima è la FIDUCIA

MA NON BASTA - Non tutti sono ammessi anche se hanno la nostra fiducia

ZONA PERSONALE 45cm- 120 cm

L'odore e il calore dei corpi non può essere percepito e il tono della voce è moderato

Nella nostra sfera personale ammettiamo volutamente tutte quelle persone con cui non siamo in intimità → ma non sono estranei

Quando siamo costretti ad avvicinarsi troppo ad un altro, lo trattiamo secondo «un patto» non scritto

Parliamo solo se necessario – evitiamo il contatto oculare

Se spinti dalla necessità di dover avvicinarci ed entrare nella zona intima o nella zona personale come ci comportiamo?

La vicinanza o distanza in senso temporale : può riferirsi alla frequenza dei contatti relazionali tra le persone, la loro durata quindi la quantificazione temporale della distanza degli eventi.

La vicinanza o distanza in senso emotivo: riguarda il “colore” della relazione, tutto ciò che ha a che fare con il sentire emozionale che varia di intensità, qualità, quantità.

Anche **I SENSI** hanno un importante ruolo nella gestione delle distanze

I sensi modulano la distanza in vari modi

- ❑ recettori di distanza orientativi e prevalentemente percettivi come occhi orecchie e naso (da lontano ci danno informazioni riguardo la distanza)
- ❑ recettori immediati di vicinanza che sono la pelle e il tatto

Il tatto ci permette di :

- giocare le distanze
- si ha la possibilità di toccare e sentirci vicini
- quella di respingere allontanandoci

L'olfatto

- ✓ media la relazione
- ✓ spesso ci sentiamo vicino o lontani in base all'odore che ha l'altro, ai differenti odori di pelle

La Vista

- ci aiuta nelle relazioni ci si sente considerati se si viene guardati negli occhi
- la postura dell'altro ci aiuta a capire il tipo di relazione → lo sguardo funge come rilevatore di distanza

L'Udito

- ci offre informazioni sulla vicinanza emozionale
- con l'ascolto del tono e timbro della voce capiamo l'emotività dell'altro e quindi la sua distanza da noi.

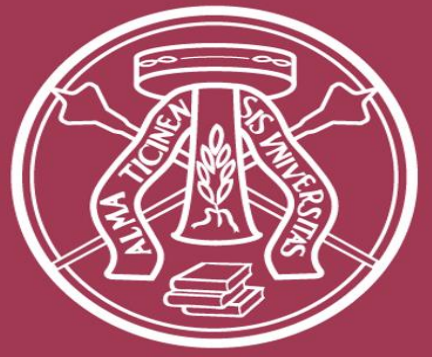


a) PRESENTARSI: valore del nome.

- Un nome contraddistingue ognuno di noi, consentendoci di riconoscerci come esseri umani.
- Nella relazione di cura il paziente ha bisogno di conoscere il nome di chi si prende cura di lui, per potersi fidare di chi ha davanti
- Ma ha bisogno anche di sapere che l'altro sa chi io sono, il mio nome

b) CONSENSO





UNIVERSITÀ
DI PAVIA



Grazie!

Cristina Arrigoni