



Università degli studi di Catania

Facoltà di “Medicina e Chirurgia”

***Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie
Avanzate***

“G.F. Ingrassia”

Corso di Laurea in “Infermieristica”

Presidente: Chiar.mo Prof. Antonio Biondi

TESI DI LAUREA

L’empatia nella relazione di cura in situazioni di Emergenza

RELATORE

Prof. Concetta Barbagallo

LAUREANDO

Nadine Maria Rizzo

Anno accademico 2019-2020

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 4
CAPITOLO 1: L’empatia nel Processo Assistenziale	pag. 6
1.1 Origine del Termine	
1.2 Misurare l’empatia	
1.3 Tipologie di Empatia	
1.4 Empatia e Burnout	
1.5 Relazione Terapeutica e Empatia	
1.6 Il processo assistenziale e il lavoro in équipe	
1.7 Le Teoriche: Jean Watson	
CAPITOLO 2: L’emergenza	pag. 32
2.1 Infermieri di Area Critica	
2.2 Il pronto Soccorso e il Triage	
2.3 Empatia nell’emergenza	
CAPITOLO 3: Scarsa empatia correlata all’emergenza	pag. 43
3.1 Eventuali problemi	
3.2 Possibili soluzioni	
CONCLUSIONI	pag. 52
RINGRAZIAMENTI	pag. 54
BIBLIOGRAFIA	pag. 57
SITOGRAFIA	pag.58

*A mia mamma e a mio papà,
a Veronica e a Giuseppe,
grazie per avermi confortato e appoggiato in questo lungo percorso,
Nadine.*

INTRODUZIONE

Durante la mia esperienza di tirocinio al Pronto Soccorso del Garibaldi Centro di Catania, ulteriormente supportato dalle esperienze in Rianimazione e in Chirurgia d'urgenza ho deciso che nella mia tesi di laurea mi sarei concentrata sul settore dell'emergenza.

Il settore dell'Area Critica ha piano piano preso la mia attenzione durante questi anni di studio dove non solo ho avuto modo di approfondire il tema, supportato dalle esperienze di tirocinio, ma sono riuscita a seguire il lavoro di diversi professionisti della salute come infermieri e medici, e ho avuto il grande privilegio di riuscire ad apprendere da loro e a collaborare in tutti questi reparti di emergenza/urgenza.

Nel Pronto Soccorso le condizioni dei pazienti possono mutare velocemente, tutti i problemi devono essere risolti rapidamente e per questo spesso non vi è uno stretto rapporto tra infermieri e assistiti che potrebbe portare ad avere empatia e contatto fisico con il paziente minore. È proprio questo che mi ha fatto porre delle domande: l'empatia può davvero non essere presente in un luogo così mutevole e delicato come il Pronto Soccorso? Volevo cercare di capire perchè l'empatia è importante nelle aree critiche, di cui il Pronto Soccorso è solo un esempio. E in quale quantità deve essere presente? Quanto sono stressati gli operatori sanitari del Pronto Soccorso? Quale strategie impiegano i professionisti della salute per riuscire a mantenere costante il loro benessere fisico e psichico?

Mi sono focalizzata sulle caratteristiche e qualità che l'infermiere deve possedere per potere garantire efficienza negli interventi sanitari di questo luogo, per tutelare le esigenze del paziente ma anche e soprattutto per salvaguardare la sua salute in un contesto come quello dell'area critica.

Nel rapporto infermiere-assistito l'infermiere deve cercare di soddisfare i bisogni del paziente, deve riuscire ad avere grandi competenze comunicative, empatia, ragionare velocemente, conoscere rapide procedure per poter

supportare le funzioni vitali del paziente e riuscire a dargli supporto psicologico, affrontando con lui situazioni che potrebbero modificare per sempre il suo stato emotivo.

Queste sono solo alcune tra le tante domande che mi sono posta durante la mia esperienza di tirocinio, a cui ho cercato di rispondere con la stesura di questa tesi. Come fa l'infermiere a non entrare in Burnout dopo quello che vive quotidianamente? Ha bisogno di un supporto psicologico per le esperienze vissute?

Il lavoro dell'infermiere è tra quelli più delicati che esistono al mondo, e soprattutto di questi tempi, ne siamo sempre più consapevoli, risulta essere una vera e propria scelta di vita. La nostra professione si fonda più di altre sul rapporto interpersonale, non siamo robot, ma individui pensanti, coinvolti a livello emotivo. Il fornire assistenza a persone che stanno male e sostenere i loro bisogni non deve mai essere dato per scontato. Qualsiasi professionista dell'assistenza che svolge la sua attività in un Pronto Soccorso o in qualsiasi luogo dedicato all'emergenza è a forte rischio di avere un crollo psicologico, incrementato dal fatto che la relazione terapeutica con il paziente finisce in questo posto e non si potranno quindi valutare i risultati dei suoi interventi terapeutici.

Nel pronto soccorso l'infermiere deve confrontarsi con altri professionisti dell'assistenza, che interagiscono insieme per raggiungere un unico obiettivo finale: fornire assistenza e soddisfare i bisogni della persona.

Le persone che si recano in un pronto soccorso e i loro familiari saranno dominati dalla paura, il termine "Emergenza" fa riferimento proprio a una situazione che insorge improvvisamente che se non affrontata tempestivamente potrebbe portare a gravi danni al paziente o addirittura alla sua morte. Per questo motivo l'infermiere oltre ad intervenire velocemente deve fornire un supporto emotivo non indifferente. L'infermiere deve unire tutte le sue competenze e metterle in pratica in un unico luogo che ha un forte impatto psicologico sia per i paziente che per i suoi familiari.

CAPITOLO 1:

L'Empatia nel Processo Assistenziale

1.1 Origine del termine

L'empatia è la capacità di un professionista sanitario di immedesimarsi nelle emozioni e nei sentimenti di un paziente e di riuscire ad esprimere in maniera efficace di sentirle su di se. Comprensione empatica sta a significare afferrare e cogliere il significato delle parole e dei gesti di una persona mantenendo però la consapevolezza della propria persona. Possedere una grande empatia in un professionista sanitario equivale a dire lavorare bene, con pochissimo margine di commettere errori e lasciando anche soddisfatto il paziente stesso. È stato dimostrato che professionisti dell'assistenza che possiedono una maggiore empatia sono meno nervosi e affaticati, lo stress si mantiene a livelli notevolmente più bassi.

È una caratteristica, una dote, quella dell'empatia che può costantemente evolversi, migliorare e crescere, in qualsiasi momento della vita. Non è una caratteristica ordinaria, per questo gli operatori sanitari più empatici risultano essere quelli più ricercati.

Il termine prende origine dalla parola greca “εμπαθεία” (empatía, a sua volta composta da en, “dentro”, e pathos, “sofferenza o sentimento”) e sta ad esprimere il “sentire dentro” ovvero immedesimarsi nello stato d'animo dell'interlocutore. Sta a significare, in poche parole, interagire con i pazienti utilizzando un tipo di ascolto attivo e immune da giudizi, facendoci accantonare e mettere di lato pregiudizi e false credenze. Empatia vuol dire immedesimarsi nell'altro e farci persuadere e convincere dai suoi sentimenti e emozioni.

Significa valutare le circostanze da un altro punto di vista, come se fossimo l'altro; è una caratteristica che alza il livello dell'assistenza erogata dal professionista sanitario. Nella relazione d'aiuto infermiere-paziente, arricchisce e facilita la comunicazione. È una dote innata, quella dell'empatia, presente in

ogni persona in quantità differente sin dalla nascita, ma che si può allenare e sviluppare con la costante evoluzione ed esperienze della persona.

Empatia vuol dire focalizzarsi su cosa può turbare interiormente un altro individuo e cosa sente in quel preciso istante. Avere empatia si traduce in riuscire a superare i limiti che trova il paziente nell'esprimere come si sente verbalmente.

Empatia è riuscire a captare i sentimenti, le emozioni, di afferrare i segnali non verbali che fanno intuire uno stato d'animo; che ci fanno immaginare che importanza può avere per il paziente un gesto o un evento, senza rimanere fossilizzati dalle proprie credenze. Per riuscirci è necessario accantonare tutti i propri pensieri, sentimenti e giudizi personali.

La parola empatia è stata utilizzata già in Grecia per riferirsi al legame che aveva il cantautore con il suo pubblico caratterizzato da una forte partecipazione emotiva. Il significato di empatia in filosofia invece è entrato grazie a un gruppo di filosofi che con il termine facevano riferimento alla capacità umana di afferrare il significato più simbolico e profondo della natura. Inizialmente il termine utilizzato era "Einfühlung" che solo più avanti venne tradotto con "Empathy". I filosofi denominati "empatisti", a fine ottocento sostennero che l'einfühlung dava la più grande quantità di piacere estetico perché faceva riferimento alle emozioni in grado di suscitare qualsiasi tipo di opera d'arte e quindi si può tradurre nell'empatia provata nei confronti di un'opera d'arte e fa riferimento a quello che ci vuole trasmettere il suo autore. In psicologia, Lipps introduce il termine basandosi sull'osservazione del movimento altrui. In poche parole osservando il movimento di un'altra persona saremmo in grado di provare le stesse sensazioni e emozioni che prova la persona autrice del movimento. Viene riprodotto il loro stato d'animo nonostante i sentimenti provati non vengano percepiti come un'esperienza personale.

Freud afferma che è grazie all'empatia che noi riusciamo a capire e sentire che c'è una vita psichica oltre alla nostra ma non la utilizza ancora come strumento terapeutico. L'empatia inizia ad essere vista anche come uno strumento

terapeutico grazie a Kohut, il quale afferma che il professionista può essere aiutato dall'empatia stessa che prova nei confronti del paziente e dal riuscire a sentire cosa egli prova.

Una visione più ampia dell'empatia viene descritta da Hoffman che non intende più solamente il sentire come propri i sentimenti che vengono provati dagli altri; ma la divide in tre fattori: la dimensione affettiva, la dimensione cognitiva e la dimensione motivazionale. Hoffman riesce ad evidenziare la parte autonoma dell'empatia, concetto che viene dimostrato dal fatto che è presente nell'uomo fin dalla nascita. Durante i primi momenti di vita di un individuo infatti sarà presente solo la dimensione affettiva, quella cognitiva ancora non è presente. Più avanti, con la crescita anche la componente cognitiva subentrerà, unendosi a quella affettiva e andrà così a formare forme di empatia più evoluta. La dimensione motivazionale è invece quella parte che ci stimola a dare aiuto a un'altra persona.

Il volere dare aiuto a un'altra persona viene definito sistema della cura empatica ed è indotto dal fatto che durante questo momento dove si condividono i sentimenti l'aiutante si sente molto soddisfatto dell'aiuto che sta fornendo, allevia lo stato di malessere dell'altro e al contrario non aiutarlo farebbe provare una forte negligenza.

Ancora nel 2001 facendo un'analisi sull'empatia, Kunyk e Olson affermano che il concetto di empatia non è stato ancora elaborato accuratamente.

L'empatia coinvolge vari sezioni dell'encefalo non è delimitata da un'unica area. Gli psicologi differenziano l'empatia cognitiva (ovvero il riuscire a comprendere lo stato mentale di un'altra persona), dall'empatia affettiva (ovvero la capacità di condividere lo stato d'animo di un altro soggetto).

Il sistema della cura empatia interessa varie sezioni dell'encefalo come l'area della corteccia orbito-frontale mediale e la corteccia prefrontale ventro-mediale.

La sofferenza empatica invece coinvolge tutte quelle aree cerebrali che appartengono all'immaginazione, dove la persona cerca appunto di immaginare

le sensazioni che prova l'altro, quindi la zona della corteccia somato-sensoriale primaria e secondaria e la zona della corteccia pre-motoria.

Infine si può parlare di cura empatica, cioè il sentimento di preoccupazione che si possiede quando si incontra una persona che vive un momento di estremo disagio e che conduce l'operatore ad aiutarla e ad alleviare le sue sofferenze.

Un'empatia troppo sviluppata può far insorgere però uno stato di Burnout o sentimenti di fuga, questo perché entra in funzione un meccanismo di difesa che si traduce in un atteggiamento indifferente e un comportamento basato sull'insensibilità e che purtroppo nel corso degli anni si è manifestato molto frequentemente nei professionisti dell'assistenza, come infermieri o medici.

1.2 Misurare L'empatia

L'empatia è una qualità che il soggetto inizia a possedere in maniera graduale. Possiamo utilizzare vari strumenti per misurare l'empatia. Abbiamo delle scale utilizzate per quantificare la capacità empatica degli operatori dell'assistenza e altre che si concentrano invece piuttosto sulla misurazione dell'empatia in generale. Tra le scale più utilizzate per misurare l'empatia abbiamo l'IRI (Interpersonal Reactivity Index) di Davis.

Tra le scale utilizzate per quantificare l'empatia troviamo: la scala dell'empatia di Hogan, l'indice di reattività interpersonale (IRI), la scala dell'empatia emotiva equilibrata (BEES) e la scala dell'empatia di Jefferson (JSE).

Sono stati creati anche vari questionari di valutazione dell'empatia come quello di Epstein e Mehrabian, il QMEE (Questionnaire Measure of Emotional Empathy) che valuta l'inclinazione ad avere delle risposte emotive dopo aver vissuto sentimentalmente esperienze di altri soggetti; Davis ha costruito l'IRI (Interpersonal Reactivity Index) che misura le 4 diverse forme dell'Empatia; Hogan ha proposto l'HES (Hogan Empathy Scale), che si utilizza per constatare l'esperienza cognitiva del punto di vista altrui.

Nella **scala dell'empatia di Jefferson (JSE)** i soggetti intervistati indicano il loro accordo o disaccordo con una scala a 7 punti su 20 item. Il range di valori possibili è da 20 a 140: il punteggio più basso corrisponde a una bassa capacità empatica, un punteggio più alto evidenzia una maggiore capacità empatica. Il questionario ha dimostrato di essere affidabile e valido. Questa scala è tra le più utilizzate per misurare l'empatia.

L'**Interpersonal Reactivity Index (IRI)** di Davis si basa su quattro scale differenti i cui risultati non vengono sommati, perché si tratta di quattro dimensioni considerate totalmente separate. Queste scale sono:

- 1) Assunzione di prospettiva: si intende la capacità delle persone di assumere il punto di vista di un'altra persona;
- 2) Preoccupazione empatica: si intende l'attitudine di un soggetto a esprimere emozioni e sentimenti, contemporaneamente alle preoccupazioni e comprensioni di un altro individuo;
- 3) Distress: si intende l'incapacità di gestire la situazione e i sentimenti di ansia che vengono vissuti come se fossero in prima persona quando si assiste a un'esperienza negativa provata da un altro soggetto;
- 4) Fantasia: si intende la propensione di alcuni soggetti di identificarsi con personaggi di invenzione presenti in libri, giochi, o film o comunque principalmente immaginari.

La **Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)** è una scala che viene utilizzata per quantificare il totale di tendenza empatica che possiede il soggetto, è stata ideata da Albert Mehrabian, e si misura la tendenza dell'individuo a farsi coinvolgere dalle emozioni altrui e a vivere i sentimenti dell'altro soggetto. Rispetto a tutte le altre tipologie di scale che misurano l'empatia è l'unica in grado di riuscire a analizzare anche situazioni negative e non solo quelle negative. La BEES consente di misurare e di sottolineare l'energia dell'empatia emozionale con le sue differenti componenti. La BEES si è dimostrata una scala fondamentale per rilevare il grado di tendenza empatica.

La BEES può essere utilizzata da tutti i professionisti dell'assistenza

come infermieri, psicologi e educatori come mezzo per rilevare il livello di funzionamento interpersonale di una persona, con o senza l'ausilio delle altre scale di valutazione.

Nella professione infermieristica nel caso della relazione d'aiuto, l'empatia è un fattore di attivazione solo nel momento in cui si ha la consapevolezza di vivere i sentimenti degli altri e di essere in grado di regolare i propri vissuti emotivi. Questo può preservare dal burnout e evitare il distacco e l'indifferenza. Gli infermieri sono costantemente esposti a situazioni emotive legate alla malattia e al disagio dei pazienti. Per questa motivazione tendono a sviluppare strategie di coping che sono orientate a difendersi da un eccessivo coinvolgimento emotivo. Quando la tendenza empatica è elevata gli infermieri ricorrono a alcune tipologie di coping come “distogliere lo sguardo” e hanno un'elevata abilità nel gestire la relazione terapeutica concentrando la propria attenzione non solo sull'assistito ma anche e soprattutto su se stessi, con il vantaggio di essere aperti al coinvolgimento, ma senza correre il pericolo di essere travolti dalle emozioni negative.

1.3 Tipologie di Empatia

Alla base di un approccio empatico con un paziente ci sarà quindi sicuramente l'ascolto. Ascoltare è una delle abilità più importanti degli esseri umani. Ascoltare nel profondo il nostro interlocutore significa capire veramente non solo quello che vuole comunicarci, ma anche quello che sta provando. Si possono individuare alcuni tipi principali di empatia:

1. **Empatia comportamentale:** riuscire a capire il perché di un determinato comportamento e tutte le catene di comportamenti che possono esserne correlati. Capire i comportamenti e le loro cause.

2. **Empatia emozionale:** riuscire a percepire i sentimenti vissuti dagli altri, comprendere le sensazioni, i sentimenti che prova l'altra persona, con quale potenza vive queste emozioni, come le sensazioni si associano tra i soggetti e circostanze interne o esterne che l'altro soggetto vive.
3. **Empatia relazionale:** comprendere le relazioni della persona e le persone più importanti nella sua vita, riuscire a comprendere con chi l'interlocutore si confronta con piacere o con riluttanza, con chi deve rapportarsi durante l'orario lavorativo, quali sono gli individui che influenzano le decisioni della sua vita, la sua vita personale e professionale, con chi va d'accordo e con chi invece no.
4. **Empatia cognitiva:** riuscire a capire i valori, gli ideali, le convinzioni, le strutture mentali che la persona possiede e a cui si aggrappa.

Con la modernizzazione e digitalizzazione e con l'utilizzo di dispositivi elettronici si sta mano a mano modificando il modo in cui si esprime l'empatia anche se il concetto di fondo resta comunque lo stesso.

1.4 Empatia e Burnout

Uno dei rischi maggiori legati alle professioni di assistenza è quello di entrare in Burnout. L'essere continuamente collegati al dolore del paziente, può infatti disturbare il normale rapporto terapeutico infermiere-assistito.

La sindrome da Burnout è un vera e propria causa di stress in tutte le professioni d'aiuto. Il termine Burnout significa sostanzialmente "bruciato fuori" e questo ci deve far capire che se lo stress si accumula e non si cerca di arrestare la sua ascesa in qualche modo, non si riesce più a controllare e potrebbe creare nei professionisti della salute una sindrome depressiva e nevrotica.

Le esperienze vengono vissute internamente dai soggetti, e arrivano a palesarsi dei sentimenti anche all'esterno, mostrando un quadro caratterizzato da esaurimento emotivo, de-personalizzazione e de-realizzazione personale, stato di sofferenza, malessere.

Tutte queste condizioni portano a vivere l'esperienza lavorativa con molto stress, con conseguenze per la salute, e successivamente a diventare apatici, cinici con i propri pazienti, distaccati e indifferenti. Ci sarà insoddisfazione nel lavorare e perdita dell'autostima.

La sindrome del Burnout si forma come conseguenza di un contatto costante con altre persone che si trovano a fronteggiare ogni giorno situazioni di malattia, soggetti fragili che convivono con il dolore.

In tutte le professioni correlate all'assistenza si crea inevitabilmente un coinvolgimento sentimentale, nella relazione tra infermieri e pazienti regnano sentimenti di confusione, apprensione e ansia perché il loro rapporto è centrato sui problemi di salute relativi all'affettività, o di tipo mentale o infine fisici.

La sindrome colpisce persone delicate e agitate, che vogliono cercare di evitare in ogni modo il coinvolgimento emotivo: sono soggetti che tendono a perdere il controllo della situazione.

Gli operatori iniziano a rendersi conto di essere più stanchi e affaticati, sentono sulle spalle una forte tensione, non riescono più a riposarsi e a rilassarsi, il ciclo sonno-veglia perde il fisiologico equilibrio e risulta essere alterato con il costante presentarsi di incubi che non consentono il normale riposo.

L'infermiere in questa situazione non si limita a provare emozioni negative solo verso sé stesso, ma anche verso la professione che svolge. Tutte queste motivazioni lo portano ad isolarsi, resta sempre più solo e i pensieri che si insinuano in lui si fanno a mano a mano sempre più convincenti: ha fallito nel proprio compito. L'autostima crolla inesorabilmente. Altre volte invece l'infermiere può sembrare molto sicuro di sé ma è una copertura per nascondere la sua vulnerabilità emotiva assumendo un atteggiamento di grandiosità.

In linea di massima l'operatore entrato in Burnout tende a non dare il massimo, di distaccarsi e fare il minimo indispensabile, evitare certi incarichi e passare meno tempo possibile con l'assistito. Cerca di trattare i pazienti come se fossero degli oggetti materiali e di impostare il lavoro come una catena di

montaggio di una fabbrica. Diventa irritabile e impaziente e iniziano a manifestarsi i primi problemi anche nell'ambiente familiare.

Per prevenire il Burnout è utile attivare un sostegno di counseling.

L'infermiere come prima cosa deve riuscire a ridimensionare le proprie aspettative nei confronti della professione che svolge e deve comprendere che non sempre il suo lavoro sarà apprezzato dagli altri. Successivamente il lavorare in squadra, in team o équipe, può riuscire a prevenire l'insorgere della sindrome di burnout per non avvertire la solitudine e il peso del non essere compresi e per poter condividere lo stress e le difficoltà dell'attività lavorativa.

Per l'infermiere è importante riuscire a percepire che il suo intervento è stato indispensabile per l'assistito. È importante per ogni operatore sanitario sapere che l'assistito sia soddisfatto e che le proprie azioni abbiano in qualche modo migliorato le sue condizioni.

La nostra società non migliora la situazione: non dà né appoggio e nemmeno elogi, ciò rende la professione assistenziale doppiamente stressante, l'infermiere non riceve nessun feedback positivo e favorisce la possibilità del Burnout.

Esistono anche altre relazioni stressanti per gli infermieri oltre a quella infermiere-paziente: quella tra i vari operatori sanitari. In altre parole quando nei luoghi dove agiscono i professionisti dell'assistenza domina il Burnout risulta essere evidente che l'assistenza viene parecchio influenzata e l'efficacia della cura si abbassa in modo molto veloce.

L'associazione tra empatia e burnout è stata studiata in passato con diversi risultati.

Il burnout del personale dell'assistenza si contraddistingue per i sentimenti che lo dominano. L'operatore proverà esaurimento emotivo, sentimenti di inutilità e disumanizzazione degli altri. Sebbene il burnout professionale non è limitato alla classe infermieristica, è molto più diffuso tra questi in quanto classe più vicina durante i periodi di degenza. Inoltre, il burnout degli infermieri è in aumento e gli infermieri di emergenza sono tra quelli a più grande rischio.

Il burnout viene automaticamente collegato a un aumento degli errori infermieristici, a una diminuzione dell'efficienza delle prestazioni di questi ultimi e a un minore appagamento dei pazienti. Negli ultimi anni, un'associazione tra empatia e burnout è stata segnalata da vari professionisti della salute (infermieri, medici, fisioterapisti ecc). Un migliore benessere degli operatori sanitari conduce in maniera inevitabile a interventi adeguati che portano a una migliore cura del paziente. Quindi tutto parte dall'Empatia. La relazione deve concentrarsi sulla cura della persona unito a un atteggiamento professionale appassionato e solo così riusciremo ad avere come risultato una migliore relazione di cura, migliore riabilitazione del paziente e migliori risultati sulla sua salute.

1.5 Relazione terapeutica ed empatia

La relazione terapeutica è un rapporto tra emozioni e pensieri, che vede coinvolgere l'assistito e l'infermiere e che si basa su un clima di fiducia e collaborazione.

La relazione d'aiuto quindi è quella relazione che si crea tra infermiere e paziente, tra insegnante e studente, tra terapeuta e cliente. È quella relazione in cui l'uno promuove la crescita dell'altro. La frase "relazione d'aiuto" è un modo per indicare il contributo di assistenza allo sviluppo della persona. La parola "aiuto" fa infatti riferimento alla crescita e all'autonomia del paziente, si fonda proprio sull'assistenza che l'infermiere dà al paziente per fargli avere più consapevolezza della propria persona e di allontanarlo dalle manipolazioni delle altre persone e dalle loro aspettative.

Per i professionisti dell'assistenza la "relazione d'aiuto" è un mezzo indispensabile con la quale si forma un barlume di speranza per la ripresa dell'autonomia e della motivazione e quindi tutte le capacità della persona. Con la parola capacità si intende proprio il riuscire a fare e il ritrovamento

dell'autostima. Si fa riferimento anche alla capacità di ragionamento, di risolvere i problemi, di prendere delle decisioni.

L'operatore deve riuscire ad ascoltare in maniera empatica il paziente, cercando di comprendere i suoi punti di vista, ascoltando in maniera partecipe i suoi vissuti e non in modo passivo. Allo stesso modo, bisogna evitare l'eccessivo coinvolgimento. L'eccessivo coinvolgimento emotivo infatti fa perdere la lucidità per analizzare i fatti e i vissuti, l'indifferenza invece ostacola la relazione terapeutica in se e impedisce al paziente di sentirsi ascoltato accolto e compreso.

L'ambito sanitario è uno di quelli in cui la relazione tra infermiere e paziente si presenta come una relazione d'aiuto in cui la comunicazione svolge un ruolo prioritario nel processo di assistenza al paziente, risulta essere quindi fondamentale, per instaurare un ottima relazione terapeutica, la capacità di comunicare. Per anni la capacità di comunicare è stata considerata un processo spontaneo, affidato alle qualità dell'infermiere ma oggi abbiamo la consapevolezza che non basta: bisogna riuscire anche ad apprendere le varie tecniche di comunicazione. La comunicazione nel nursing equivale a professionalità e efficacia. Una corretta comunicazione (dal latino "communicare", "mettere in comune") cambia l'atteggiamento stesso degli infermieri nei confronti dei pazienti e il loro volto professionale.

In ambito sanitario si è piano piano acquisita una maggior consapevolezza dell'importanza della comunicazione che è stata valutata come un processo "spontaneo" per molti anni, affidato alla sensibilità e alle capacità del singolo operatore assistenziale. Oggi sappiamo che l'insieme di queste cose non è da solo sufficiente. Alle esigenze di ogni individuo si deve associare inevitabilmente l'acquisizione delle tecniche di comunicazione.

Il termine comunicare fa proprio riferimento al cambiare la realtà. Bisogna riconoscere che il riuscire a comunicare e quindi la competenza comunicativa è un dovere professionale che ha l'infermiere nei confronti del paziente e cambia proprio l'atteggiamento che hanno reciprocamente.

La relazione tra il malato e l'infermiere nell'ambito della relazione d'assistenza si mostra come una **relazione d'aiuto** e si fonda sull'offrire un ausilio specialistico: l'operatore deve riuscire a dimostrare di possedere le risorse per poter aiutare, l'assistito si rivolge all'infermiere e alla struttura di cura perché ha bisogno e deve ricevere aiuto.

In questo modo assume straordinaria importanza la qualità della comunicazione e della relazione che si stabilisce tra l'infermiere e il paziente. L'appoggio infermieristico diventa di fondamentale importanza non solo nell'atteggiamento che l'infermiere ha nei confronti della malattia ma soprattutto nel cercare di far recuperare l'autonomia al paziente riguardo tutti gli aspetti della vita: sociali, fisici e psicologici.

Il professionista, ha il compito di supporto e un'azione terapeutica verso l'assistito, e questa relazione non si limita a compiere interventi di natura tecnica. Così si stabilisce una relazione personalizzata e una comunicazione efficace che ha come mezzo principale il dialogo e come scopo il recupero dell'autonomia, il soddisfacimento dei bisogni e l'adattamento a tutto lo stress che ogni forma di disagio o malattia trascina con sé.

Una buona comunicazione diffonde all'assistito un senso di pace e tranquillità interiore dandogli la sensazione di avere qualcuno che lo sta ascoltando e eliminando il senso di solitudine.

Al contrario, una comunicazione insufficiente o inadeguata, può far insorgere al paziente depressione, insoddisfazione, senso di isolamento o addirittura collera. L'infermiere per prevenire questi effetti spiacevoli deve riuscire a saper coinvolgere la persona assistita nella relazione terapeutica che deve fondare le sue basi proprio sull'empatia e sulla fiducia reciproca.

Per fare questo è ovvio che il professionista sanitario debba sentire che la propria professione sia un insieme di abilità tecniche e scientifiche e di capacità relazionali; (e non un insieme di tecniche da utilizzare sul paziente malato) tutte impiegate per assicurare la prestazione assistenziale e che aiutino il soggetto a seguire il suo percorso di cura.

La **comunicazione** avviene mediante tre vie: verbale, non verbale, para-verbale. La comunicazione verbale, è quel tipo di comunicazione che utilizza appunto la semplice parola. La comunicazione verbale implica la partecipazione dei meccanismi cognitivi e fisiologici che sono necessari per la formazione e la ricezione del linguaggio. Per un linguaggio fluido devono funzionare tutti i meccanismi della persona: cognitivi, psicologici, e neurofisiologici, i quali renderanno possibile il processo di ascolto e di formazione della parola. La comunicazione non verbale è quella dove al centro ci stanno le emozioni, a cui appartengono vaste modalità espressive, utilizzate per esprimere le emozioni e i sentimenti che gli altri ci suscitano. La comunicazione non verbale esprime quelle emozioni e sensazioni che proviamo nella vita giornaliera che non sempre raggiungono il nostro livello di coscienza. Essa comunica la parte più vera di ognuno di noi nel rapporto sociale.

Per queste motivazioni è fondamentale che l'infermiere sappia cogliere la comunicazione non verbale. Da una buona capacità di interpretazione derivano infatti preziose informazioni sul vero stato emotivo della persona con cui si comunica.

La comunicazione non verbale può indicarci emozioni che possono essere sconosciute al paziente stesso. Di fondamentale importanza sono anche i messaggi che l'operatore sanitario stesso manda in modo non verbale: è su questi ultimi, assai più che su quelli verbali, che si gioca la relazione con il paziente.

Il silenzio stesso è una forma di comunicazione non verbale e l'operatore sanitario deve interpretarne il significato in base al soggetto che ha davanti e in base al contesto.

La comunicazione para-verbale consiste invece nel modo in cui utilizziamo la voce: tono, timbro, volume e pause. Questa comunicazione è un importante componente del nostro modo di relazionarci con gli altri. Senza queste parti integranti la nostra comunicazione risulterebbe essere non pienamente comprensibile dal destinatario.

L'infermiere deve sapere Ascoltare e mettere al centro il benessere del paziente, l'assistito deve trovare un ambiente accogliente, deve potersi esprimere con calma. L'infermiere deve rispettare valori e credenze e ha come obiettivo l'aiutare il paziente ad analizzare i propri pensieri rispetto ad un problema. L'infermiere si deve impegnare a costruire un rapporto basato sulla fiducia: questo sentimento è indispensabile per il benessere del paziente. L'infermiere deve addentrarsi nella vita del suo paziente, percepire i suoi sentimenti e restare oggettivo per poterlo aiutare a risolvere i suoi problemi.

In merito si potrebbe integrare il pensiero di **Hildegarde Peplau**, essa era un'infermiera che vedeva l'assistenza come un processo terapeutico interpersonale che ha la funzione di collaborare per arrivare al benessere dei pazienti e della collettività. Questo processo può contribuire allo sviluppo della personalità del paziente, a capirne tutte le tipologie di problemi e a cercare una soluzione di questi.

Dobbiamo capire che nella comunicazione non verbale ogni movimento è come una parola, che assumerà quindi un significato diverso a seconda dell'uso che se ne fa.

Appare limpido quindi quanto la comunicazione in ambito assistenziale rivesta un ruolo fondamentale e quanto tutto il personale sanitario e in particolare gli infermieri devono riuscire a stabilire una buona relazione di aiuto e una comunicazione efficace.

Una buona comunicazione tra infermiere e paziente è molto difficoltosa da creare. Le relazioni devono avere delle caratteristiche che si devono stabilire tra la persona assistita e il personale sanitario, in particolare dagli infermieri, perché avranno delle conseguenze per quanto riguarda la soddisfazione lavorativa, la sicurezza delle cure e la soddisfazione del paziente. Tra le cause principali degli eventi avversi, la comunicazione ha una funzione predominante, infatti una comunicazione non efficace nella relazione tra sanitario e assistito è una delle cause principali del fenomeno delle **cure infermieristiche perse** ovvero quelle cure che i professionisti hanno previsto per i loro assistiti ma che in pratica effettivamente, per diverse ragioni, non

riescono a svolgersi oppure sono costretti a ritardare. Un elevato numero di cure perse è stato indicato tra le cause maggiori di eventi avversi e tra i fattori che aumentano l'insoddisfazione, la demotivazione e il distress morale dei sanitari. L'insoddisfazione che sente l'assistito per la comunicazione inadeguata nella relazione infermiere paziente ha un peso più grande rispetto a qualsiasi altra insoddisfazione riguardo le competenze tecniche.

I professionisti dell'assistenza, senza troppe distinzioni tra infermieri e medici, si trovano a vivere giornalmente all'interno di circostanze nei quali la componente **relazionale**, per diverse motivazioni, viene soffocata a vantaggio della **componente tecnica**.

La comunicazione tra infermiere e paziente quindi è una caratteristica essenziale e non qualcosa che se c'è bene sennò niente, anzi, senza le giuste competenze relazionali tutti i nostri sforzi intellettuali e il nostro sapere potrebbero andare facilmente sprecati.

Queste capacità, che fanno parte delle skills fondamentali che tutti gli operatori assistenziali devono possedere, dovranno essere assunte all'infuori dei percorsi di laurea, in percorsi di formazione post laurea e rafforzate nelle attività pratiche di **addestramento continuo**.

Bisogna necessariamente concentrarsi su due parole che spesso sia gli infermieri che gli assistiti, impiegano in seguito alla tematica comunicazione: **l'ascolto** e il **tempo**.

Spesso e volentieri la carenza di tempo viene considerata la principale motivazione di una comunicazione inefficace con i pazienti. Ma anche dall'ascolto dipendono e derivano altri fattori come le continue distrazioni e interruzioni, la scarsità di personale, la mancanza di zone utilizzate per il dialogo o di zone silenziose.

Il tempo che risulta essere carente è doveroso precisare che è il tempo professionale. L'infermiere non deve compiere delle azioni perché è dolce ma deve utilizzare il tempo che ha a disposizione concentrandosi sulla cura e il benessere del paziente, e non solo sulla sua malattia. Il tempo che impiega è tempo prezioso e professionale.

Per questo è doveroso che si analizzi la nozione di **Disease** quindi il punto di vista che riguarda il processo della malattia e il suo sviluppo, dove il soggetto perde la sua identità personale per attribuire invece su di sé quella della sua malattia. La nozione di **Illness** invece si deve analizzare in quanto riguarda la percezione che il paziente ha della malattia, come vive in relazione ad essa e che altera l'assistito e lo trasforma da oggetto di malattia a soggetto che vive e sente la malattia.

In questo modo l'operatore sanitario nel suo rapporto con il paziente deve avere la capacità di fornire un'assistenza personalizzata centrata sul benessere dell'assistito, la relazione tra infermiere, il paziente e la sua famiglia, permette, attraverso il dialogo, di scambiare e condividere spiegazioni e delucidazioni indispensabili per poter effettuare piani di assistenza personalizzati che in ogni malattia sono necessari e sono indirizzati al recupero dell'autonomia, al soddisfacimento dei bisogni, e all'adattamento allo stress.

I pazienti spesso non riescono a comunicare o non vengono adeguatamente ascoltati, non capiscono le informazioni, non comprendono e quindi non collaborano con gli infermieri in un'alleanza assistenziale. La personalizzazione dell'assistenza può iniziare quindi solo dall'ascolto e per risparmiare tempo prezioso deve essere un ascolto attivo.

Per aprire la strada alla **relazione d'aiuto** e a una comunicazione soddisfacente e positiva sia per l'infermiere che per il paziente, è quindi necessario **sapere ascoltare** nella migliore maniera realizzabile.

Carl Ramson Rogers (1902-1987) era uno psicologo degli Stati Uniti, che ha fondato la terapia non direttiva ed è conosciuto per i suoi studi sul counseling e la psicoterapia utilizzata in psicologia. Il suo pensiero si può utilizzare nel campo della relazione d'aiuto per migliorare la comunicazione e infondere una riflessione in tutti gli operatori dell'assistenza che vogliono migliorarla.

Normalmente i nostri eventi di vita personale ci mettono nella condizione di valutare e giudicare l'altro senza riuscire ad ascoltarlo. È l'essere dei professionisti che ci deve appunto differenziare dalla normalità.

Il professionista deve essere in grado di rivalutare continuamente l'idea che si è fatto dell'assistito cercando di dare inizio con lui una relazione di cura basata sulla fiducia.

La **relazione d'aiuto** tra infermieri e pazienti **basata sulla fiducia** si deve fondare sul rispetto reciproco e sull'interesse per il paziente che si trova davanti a noi, che si accoglie senza valutazioni negative o positive ma in quanto persona con i suoi valori. Quindi l'infermiere deve avere una **considerazione positiva incondizionata del paziente**. L'operatore deve essere in grado di percepire le emozioni dell'assistito come se fossero sue senza però dimenticare che non è realmente così. L'empatia, non si deve dimenticare, inizia appunto dall'autoconsapevolezza: quanto più siamo aperti verso i nostri sentimenti, tanto più siamo in grado di capire le emozioni degli altri. Quindi qua la **comprensione empatica** ha un ruolo determinante. Nella relazione di aiuto l'infermiere non può fingere di essere chi non è o capire o accettare il paziente quando nella realtà questo non è vero o non lo pensiamo fino in fondo. Questo non si traduce nel dire sempre ciò che si pensa ma piuttosto vuol dire che bisogna cercare di avere accordo e congruenza tra le parole e ciò che in realtà si sente. La congruenza viene comunicata al paziente per mezzo del tono della voce, la mimica facciale, la postura ovvero tutte le espressioni della comunicazione non verbale.

La capacità di relazione influenza molto l'attività dell'infermiere, andando a contraddistinguere qualunque gesto di cura e anche diventando ciò che stabilisce l'efficienza dell'intervento. Come può effettivamente un paziente conservare la speranza se non si sente capito? Non c'è da stupirsi se finirà col pensare che non importi a nessuno della sua guarigione e il suo stato di salute.

Vari studi hanno dimostrato quanto il distacco emotivo sia nocivo e quanto invece sia di aiuto l'empatia per la guarigione.

1.6 Il Processo Assistenziale “Nursing” e il Lavoro d'Equipe

Il processo infermieristico è un momento fondamentale nella carriera professionale in quanto unisce la teoria e la ricerca alla pratica nella professione infermieristica. È formato da una serie di metodi, fasi ed operazioni pianificate organizzate in maniera tale da soddisfare i bisogni del paziente, risolvere i suoi problemi e produrre dei risultati finali.

Il **nursing** è la disciplina che consente all'infermiere formato in maniera adeguata di esprimere un giudizio clinico riguardo problemi reali o potenziali di salute di competenza infermieristica per mezzo del metodo scientifico del **problem solving** che è un processo sistematico e logico impiegato per risolvere i problemi.

Il problem solving è un metodo che utilizza la ricerca e che ha come scopo finale la soluzione di problemi nell'ambito delle discipline scientifiche. È formato da uno schema a sequenza logica, offre assistenza personalizzata e risulta essere ordinato, sistematico e interdipendente.

È suddiviso in diverse fasi durante la quale si svolgono **la raccolta dei dati** e quindi l'individuazione del problema; **il processo diagnostico** dove si focalizzano le cause del problema; la **formulazione delle diagnosi infermieristiche**; la **definizione degli obiettivi specifici** del paziente; la **pianificazione** quindi il saper formulare strategie o piani per risolvere il

problema; **l'individuazione degli interventi infermieristici** più giusti quindi decidere e programmare operativamente le strategie più desiderabili per l'assistito; **l'attuazione degli interventi** e infine **la valutazione** dove si valuta appunto il successo degli strumenti e delle metoniche che sono state impiegate. Il **processo di nursing** utilizza la metodologia del problem solving per la risoluzione dei problemi assistenziali. Qui i problemi da risolvere non sono inventati dall'infermiere, ma sono problemi reali che vengono identificati e svelati nella fase della raccolta dati in cui ha inizio il processo. Vengono proposte diverse soluzioni tra le quali vengono preferite quelle che risultano più valide e attendibili.

Il processo di nursing consiste quindi in una serie di azioni che vengono eseguite per raggiungere gli obiettivi dell'assistenza infermieristica. Tra questi obiettivi abbiamo sicuramente il saper fornire un'ottima assistenza in base al caso specifico e il riuscire a mantenere il benessere del paziente, per consentirgli di superare la malattia e ritrovare la propria integrità e stato di salute e contribuire alla sua qualità di vita con il raggiungimento della soddisfazione dei suoi bisogni e quelli della sua cerchia, ovvero la sua famiglia.

Il processo di nursing è formato da cinque fasi:

1. Accertamento
2. Diagnosi infermieristica
3. Pianificazione
4. Attuazione
5. Valutazione

1) **Accertamento:** l'accertamento nel processo di assistenza è la raccolta sistematica di dati oggettivi e soggettivi, con il fine di riferire un giudizio infermieristico clinico su un assistito. Le informazioni che otteniamo riguardano i dati anagrafici, le abitudini di vita, i problemi assistenziali passati, i sintomi soggettivi e i dati obiettivi tra cui la

temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, e pressione arteriosa del paziente. La raccolta dei dati si esplica attraverso la compilazione di alcune schede (che fanno parte della cartella infermieristica) che possono essere costruite in base anche alle varie esigenze del caso.

- 2) **Diagnosi:** è la seconda fase del processo di nursing si occupa di analizzare le risposte dell'assistito ai suoi problemi di salute reali o potenziali.
- 3) **Pianificazione:** è la terza fase, la quale si occupa della preparazione di un piano assistenziale che si concentra sulle attività dell'équipe nell'erogazione dell'assistenza e coordina il lavoro che verrà pianificato.
- 4) **Attuazione:** è l'inizio vero e proprio del piano di assistenza, la fase attiva del processo di nursing, dove si riconoscono le azioni terapeutiche infermieristiche e le risposte del paziente a queste azioni. In poche parole mette in pratica tutte le cose che sono state programmate nella fase di pianificazione e finalmente vengono erogate.
- 5) **Valutazione:** si riferisce al giudizio; l'infermiere di rende conto del perché il piano di assistenza è stato un fallimento o un successo. L'infermiere valuta le reazioni dei pazienti e della sua famiglia alle azioni infermieristiche e osserva se l'obiettivo è stato raggiunto o meno.

Al centro del lavoro di ogni infermiere, della sua ricerca, e della sua attività scientifica e professionale si deve trovare “il benessere del paziente”. Tutti i professionisti sanitari devono avere questo come unico grande scopo. Non si può ritenere sempre scontato che al centro di ogni professionista sanitario ci sia solo il benessere del paziente. Per fare fronte a questo problema oggi iniziano ad esserci gli “**Ospedali orientati al paziente**” nei quali tutti i processi terapeutici e diagnostici sono appunto focalizzati sul benessere del malato e al riuscire a trovare una soluzione ai suoi problemi riuscendo a soddisfare i bisogni giornalieri e indispensabili del paziente. Per la piena concretizzazione di questo tipo di organizzazione vi deve essere la presenza di un'équipe

professionale e multidisciplinare che come unico scopo deve appunto avere il pieno benessere del paziente, fisico e psicologico.

Tra gli ultimi modelli che sono stati creati troviamo quella di “**Patient Centred**” o “patient focused nursing”. In questo modello, che ha iniziato ad essere popolare negli anni 90, il concetto di base è quello di un’assistenza focalizzata e centrata sul paziente.

In questo nuovo modello che si basa sulla centralità del paziente, è un nuovo modo di vedere e rapportarsi con l’assistito creato per migliorare la qualità della cura che viene erogata, per riuscire a creare un luogo di lavoro ottimale e che riesca a mantenere la permanenza nel posto di lavoro agli infermieri, e a ridurre i costi delle cure. Mette in relazione tra di loro operatori di diverse professionalità: medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi e logopedisti il cui obiettivo comune è quello di raggiungere il benessere del paziente mettendoli in gruppi simili tra loro, creare dei servizi in grado di dare risposte efficaci e tempestive, affidare agli operatori le scelte dell’assistenza e garantire continuità nell’assistenza.

Il lavoro in équipe multidisciplinare è una modalità di lavoro di gruppo, con l’interazione di varie figure professionali attraverso la comunicazione verbale o scritta. Nell’équipe sono mantenuti i rapporti gerarchici, l’indipendenza e l’autonomia tecnica, con però una suddivisione del lavoro abbastanza flessibile. Spesso si possono creare degli asti tra i vari gruppi, per i diversi ruoli e le diverse competenze che si possiedono per questo è necessario mantenere una buona comunicazione, per fare interagire le varie figure professionali tra loro in maniera rispettosa. Le interazioni professionali devono essere malleabili e aperte al cambiamento, alla ricostruzione, all’apprendimento e alle novità. Per questo lavorare in équipe significa accettare le differenze tecniche del proprio e degli altri ruoli, non significa al contrario annullare i compiti. Tutti danno un contributo fondamentale alla qualità del servizio da offrire. È necessaria flessibilità pur mantenendo distinte le attività relative alle specifiche competenze delle diverse professionalità. Si parlerà di équipe raggruppata quando nel lavorare insieme si pone l’accento principalmente alla specificità

dei ruoli; invece si definirà équipe integrata quando i compiti sono suddivisi ma si punta alla collaborazione, alla complementarietà, nel rispetto dell'autonomia di ogni figura professionale, che pur lavorando le altre figure, mantiene un ruolo centrale e di eguale dignità per arrivare tutti agli stessi obiettivi proposti.

Il Modello di assistenza per équipe ha invece caratteristiche diverse, al centro di questi vi è il lavoro di gruppo.

Il Team Nursing si è sviluppato negli anni settanta e qui vi è un leader, un infermiere esperto e qualificato che guida l'équipe composta da altri infermieri ed operatori di supporto. L'infermiere capo équipe deve avere un elevato livello di autonomia. Deve riuscire a formare dei piani di assistenza personalizzata, coordina il gruppo ma lavora anche sul paziente, deve riuscire a risolvere i problemi e collaborare con i medici e gli altri operatori della salute e valuta l'efficacia dell'assistenza dell'équipe. Uno dei vantaggi del modello per équipe è la collaborazione tra i vari componenti del gruppo che spesso hanno diversi ruoli professionali.

1.7 Le Teoriche: Jean Watson

Quando si menzionano l'assistenza basata sulla centralità del paziente e la cura empatica non si può non parlare di Jean Watson. Watson per prima cosa ha sviluppato la sua teoria dei "fattori curativi" come guida per dirigere gli infermieri nella loro pratica quotidiana.

La Watson ha iniziato a scrivere a metà degli anni settanta. Il contenuto del suo primo libro "Nursing: the philosophy and science of caring" è stato poi accresciuto da un volume successivo, fino ad arrivare al "The Theory of Human Caring" testo ultimato nel 1997 contenente le successive rielaborazioni della sua teoria.

Jean Watson sostiene che l'infermiere dovrebbe aiutare l'estensione della salute attraverso azioni mirate alla prevenzione, dando aiuto in situazioni che creano disagio e malessere durante la malattia del paziente e insegnando metodi di problem-solving. Nel tentativo di ridurre la differenza tra teoria e pratica ha proposto una filosofia ed una scienza del "caring" (aver cura). Ha identificato 10 fattori curativi:

- 1) La formazione di un sistema umanistico-altruistico di valori. Quindi utilizzare la gentilezza amorevole con consapevolezza nell'ambito del caring.
- 2) L'instillazione di fede e speranza. Quindi incitare a praticare le proprie credenze spirituali.
- 3) La coltivazione della sensibilità verso se stessi e verso gli altri. Quindi essere presenti con i pazienti supportando il credo e permettendo e rispettando il loro modo di vedere le cose.
- 4) Lo sviluppo di una relazione di caring. Quindi aiutare a sviluppare e sostenere una relazione di aiuto basata su un clima di aiuto e fiducia.
- 5) La promozione e l'accettazione sia dei sentimenti positivi che di quelli negativi.
- 6) L'uso sistematico del metodo scientifico del "problem-solving" nell'assumere decisioni. Quindi impiegare tutte le proprie conoscenze nell'arte del caring per promuovere la guarigione.
- 7) La promozione dell'apprendimento-insegnamento interpersonale. Quindi impegnarsi in esperienze di apprendimento e insegnamento cercando di rimanere nell'ambito della sfera di riferimento dell'altro.
- 8) La creazione di un ambiente di supporto, protettivo o correttivo di tipo mentale, fisico, socioculturale e spirituale. Quindi creare un ambiente di guarigione su tutti i livelli.
- 9) L'assistenza con la gratificazione dei bisogni umani. Quindi prestare assistenza con rispetto.

10) L'ammissione di forze di tipo fenomenologico esistenziali.

Quindi essere aperti a prestare attenzione a tutte le dimensioni della vita, alla cura dell'anima per sé stessi e per coloro di cui ci si prende cura.

L'infermiere è sottoposto continuamente a un grande carico emotivo. Può essere compromesso il benessere dell'operatore e se ha inizio la demotivazione può influire negativamente sull'assistenza della persona malata. Il modello Human Caring di Watson è una teoria-filosofia dell'assistenza che si basa sulla centralità della persona che mette in stretta relazione il benessere dei pazienti-familiari e il benessere degli operatori e che si riferisce a tutte le professioni di aiuto delle persone ammalate, anche se nasce prettamente per l'ambito infermieristico. Nello sviluppare le fondamenta della teoria, l'infermiera Watson ha riesaminato i principi di Florence Nightingale, per individuare le radici umanistiche dell'assistenza. Lo Human Caring, introduce la dimensione spirituale ed etica, mettendo in evidenza che l'assistenza ha come fine la riabilitazione della persona in toto, e di ripristinare la sua integrità fisica e mentale. Il nucleo centrale del modello creato dalla Watson sta nella personalizzazione dell'assistenza, tra gli obiettivi principali del Modello Human Caring c'è quello di attivare e di utilizzare al meglio le competenze relazionali ed educative dell'Infermiere, sia con il paziente che con l'équipe sanitaria.

Il modello Human Caring è formato da: un modello di assistenza verso la persona, un modello di care per gli infermieri e un modello di management del benessere. Dall'istante in cui l'infermiere incontra l'assistito (caring moment), avviene anche una modifica di sé stesso, una crescita personale e professionale, questo perché presuppone l'essere aperto alla relazione interpersonale e il concentrarsi su un'altra persona. Il modello Human Caring permette di valutare quantitativamente il caring-no caring, e i possibili effetti sugli infermieri, in quanto se l'infermiere non sta bene con se stesso, non funzionerà tutta la programmazione, e ciò ovviamente ricade in maniera negativa sulla qualità dell'assistenza che viene data al paziente. Il modello dello Human Caring fonda le sue basi sul migliorare la soddisfazione degli

operatori con lo scopo finale di cambiare in meglio la qualità dell'assistenza. Il lavoro in questo modo non sarà di tipo prestazionale, ma ha come scopo il "prendersi cura" complessivo. Il significato più profondo della teoria del Modello Human Caring sono i dieci carative factor. I carative factor (care-active: prendersi cura) sono quei fattori che gli infermieri impiegano nel prendersi cura della salute di un assistito. Questi fattori sono creati dalla filosofia umanistica che ha come obiettivo principale il prendersi cura di un altro essere umano. Il modello riconosce l'importante compito che spetta all'operatore e evidenzia che non può esserci benessere per il paziente se non c'è anche un benessere emotivo dell'infermiere. Proprio quando abbiamo un alto rischio di burn-out per gli infermieri, l'organizzazione deve concentrarsi sul benessere della persona e dell'equipe. Bisogna tenere in considerazione il fatto che un ambiente di cura e in generale tutta la relazione caring deve mantenere integro l'uomo, integra la sua dignità e unita la sua globalità.

Il Modello Human Caring ci consente di avere una visione dell'infermieristica basata sul dialogo umano, che ha come nucleo centrale la focalizzazione dell'assistenza centrata sul paziente e sull'infermiere curante, e con l'obiettivo finale assistenziale di crescita delle persone coinvolte nella relazione terapeutica. Lo sviluppo della filosofia dello Human Caring ha permesso di addentrarsi nel settore dell'etica relazionale che cerca di utilizzare modelli unitari favorendo un percorso di umanizzazione dell'assistenza.

Il modello dello Human Caring focalizza il lavoro degli operatori della salute sulla questione etica del "prendersi cura" di esseri umani in difficoltà, incentrandosi sul fatto che i pazienti devono essere messi al centro della relazione, che deve essere composta da sensibilità, comprensione e capacità di accoglienza. Inoltre un piccolo occhio di riguardo deve essere utilizzato per i professionisti sanitari che sono spesso soggetti a stress emotivi. Possiamo riassumere ed affermare quindi che il modello dello Human Caring assume impatto positivo sugli operatori e sui pazienti e il caring ha una particolare importanza etica nella relazione di cura infermieristica. La relazione darà soddisfazione e una certa sensazione di benessere sia per chi stà aiutando, sia per chi riceve l'aiuto. Quando a ricevere queste attenzioni è una persona

fragile, malata, il gesto di cura, composto anche dalla più banale azione infermieristica, non è più un semplice strumento, ma si trasforma in un linguaggio con un profondo significato.

La teoria della cura di Jean Watson aiuta l'infermiere a **integrare** la sua spiritualità e la sua empatia nelle pratiche quotidiane che si uniscono anche alla scienza della medicina. Aiuta gli operatori a portare una componente filosofica ed umanistica oltre che scientifica alle cure dei loro assistiti. Per concludere la Watson basa le sue scoperte su sette ipotesi.

La prima sostiene che la cura può essere efficace solo se avviene a livello interpersonale tra infermieri e pazienti. Un'altra presuppone che la cura si può visualizzare nella soddisfazione del paziente; un'altra ancora che la cura porta alla crescita del paziente ma anche della sua famiglia; la quarta che la cura richiede accettazione; la quinta che la cura crea un ambiente in cui le persone prendono decisioni che devono essere di più larghe vedute; un'altra che la cura si integra con la guarigione e l'ultima che la cura è al centro del nursing. I 10 fattori curativi guidano invece gli infermieri a infondere speranza negli assistiti, a diventare emotivi, a sviluppare la fiducia, a creare dei valori, ad accettare i sentimenti altrui, ad aggiungere la scienza per risolvere i problemi e a continuare a sostenere e creare un ambiente sociale, mentale, fisico e spirituale positivo.

CAPITOLO 2:

L'Emergenza

2.1 Infermieri di Area Critica

La **Medicina d'Urgenza** inizialmente nasce e si sviluppa come Medicina di guerra.

Tutte le tecniche e le procedure riguardanti l'urgenza sono cambiate e maturate proprio durante le guerre dove si dovevano assicurare delle tempestive cure sul campo e riorganizzare la rete di assistenza e la riduzione dei tempi di trasporto grazie anche all'introduzione dei trasporti aerei.

L'**area critica** è contrassegnata da interventi difficili a cui si deve rispondere con rapidità per sostenere le funzioni vitali dell'individuo in condizioni cliniche che sono precarie. La persona in una situazione critica si trova in una condizione di instabilità clinica che rende indispensabile un monitoraggio di tipo continuo e mettere in atto delle risposte assistenziali continue e intensive, e l'impiego di manovre invasive che ne consentano la stabilizzazione e la sopravvivenza.

Questi modi di operare si rendono indispensabili per garantire la sopravvivenza della persona, e successivamente per evitare l'insorgere di alcune complicanze tardive.

Per questo motivo **l'infermiere di emergenza** deve avere la capacità di decidere ed intervenire velocemente, in particolare nella rilevazione e valutazione dei parametri vitali e nel loro monitoraggio continuo, tenendo in considerazione della possibile rapidità con cui il paziente può peggiorare.

Gli **interventi infermieristici** in area critica devono essere eseguiti in tempi rapidi e in maniera attenta in quanto sono spesso molto complessi. L'operatore sanitario che lavora nell'ambito dell'**emergenza/urgenza** ha a che fare con pazienti gravi che hanno bisogno di interventi immediati: per questo deve

riuscire a ridurre i margini di errore e le cure devono essere tempestive e efficienti.

L'infermiere di area critica opera in diversi contesti, tra i quali troviamo anche quello di emergenza/urgenza.

Con **emergenza** si fa riferimento a quelle condizioni patologiche che hanno un insorgenza improvvisa e un'evoluzione molto veloce in cui le condizioni vitali dell'assistito sono così gravi da necessitare interventi tempestivi per non comprometterne la sopravvivenza entro pochi minuti.

Per **urgenza** invece si intendono quelle condizioni patologiche che, anche se hanno un'insorgenza improvvisa, determinano un pericolo di vita da lì a poche ore o giorni, non in minuti, per le quali è comunque indispensabile intervenire nel minor tempo possibile.

Possiamo trovare tre situazioni separate: **intraospedaliera, extraospedaliera e grandi emergenze.**

L'infermiere che fa parte del sistema di emergenza-urgenza e del 118 può lavorare sia in centrale operativa che sul mezzo di soccorso.

L'infermiere di centrale operativa, al momento della chiamata dell'utente, formula una serie di domande standardizzate, attribuisce un codice colore ed attiva il mezzo di soccorso.

A livello territoriale l'infermiere di emergenza-urgenza può essere sia team leader di un mezzo non medicalizzato che lavorare in équipe in una ambulanza medicalizzata ovvero con medico a bordo. L'infermiere, insieme a tutto il resto dell'équipe di soccorso, parte per raggiungere il luogo dell'evento nel minor tempo possibile.

Giunto sul posto, il team leader, sempre in contatto con la centrale operativa, inizia la valutazione, prima di tutto dell'ambiente, che deve essere sicuro, e poi anche delle condizioni cliniche della persona.

Le manovre sul come procedere cambiano in base ai sintomi che vengono riferiti ma l'infermiere si occupa sicuramente di rilevare i parametri vitali e provvedere al posizionamento di un accesso venoso.

L'infermiere di un'ambulanza INDIA con la funzione di leader (ambulanza di rianimazione e soccorso con Infermiere), si occupa di gestire i soccorsi sul luogo dell'evento e assegna il codice colore al paziente e ne stabilisce la destinazione nel pronto soccorso più idoneo.

L'infermiere di **soccorso esterno all'ospedale** deve saper gestire tutte quelle situazioni a rischio di compromissione delle funzioni vitali, ad esempio di dolore toracico, di arresto circolatorio, di shock, ecc.

I protocolli sono indispensabili, perché consentono una rapida gestione della situazione e l'individuazione delle procedure più adatte a sostenere le funzioni vitali compromesse del paziente.

L'infermiere si deve formare continuamente, seguire una serie di corsi di formazioni specifici, si deve inoltre aggiornare e seguire master in area critica se si lavora in questo campo. In particolar modo riguardo alcuni protocolli, come ad esempio BLS, BLS Pediatrico e PTC, i quali prevedono tutti un riaggiornamento costante.

2.2 Pronto Soccorso e Triage

Il Pronto Soccorso, inserito nel Sistema di Emergenza, rappresenta l'area ospedaliera dedicata al trattamento delle emergenze-urgenze sanitarie.

L'infermiere che svolge l'attività assistenziale in Pronto Soccorso utilizza tutta una serie di competenze acquisite sia sul campo che durante la formazione universitaria e post-universitaria e cerca di garantire degli interventi opportuni.

La funzione del Triage, cioè quella di definizione di un codice di "priorità" di accesso alle cure e di accettazione del paziente, è un'attività assistenziale indispensabile in Pronto Soccorso. L'infermiere che svolge il servizio di Triage

deve possedere necessariamente competenze tecniche integrate alle competenze emotive, anch'esse di estrema importanza per questo compito.

L'approccio alla persona che arriva in Triage si deve dividere in diverse fasi: avremo la valutazione all'ingresso del paziente con il riconoscimento del problema, la fase di raccolta dati (anamnesi), un breve esame fisico mirato insieme alla rilevazione parametri vitali, si effettua un eventuale reperimento di un accesso venoso, l'esecuzione di un elettrocardiogramma e infine l'attribuzione del codice colore.

Riguardo al codice colore troveremo:

- Rosso (emergenza): assenza o compromissione delle funzioni vitali.
- Giallo (urgenza per rischio): assenza di compromissione delle funzioni vitali ma condizione con rischio evolutivo di compromissione precoce.
- Verde (condizione di sofferenza): non vi è la compromissione delle funzioni vitali, assenza di rischio evolutivo di compromissione precoce, ma insorge una sofferenza oggettiva, psichica o fisica della persona o di un suo organo.
- Bianco (problema minore): le funzioni vitali non sono compromesse, assenza di rischio evolutivo di peggioramento, assenza di sofferenza oggettiva psichica o fisica della persona o di un suo organo. Il paziente accede per una problematica urgente minore o non urgente ed è soggetto a pagamento del ticket.

Il **codice nero**, considerato successivo al rosso, non intende uno stato di emergenza, ma piuttosto un paziente deceduto e non viene quindi generalmente indicato pubblicamente.

Successivamente all'assegnazione del codice colore, bisogna rivalutare continuamente il paziente nella sala di attesa.

In questo tipo di approccio si devono seguire scrupolosamente i protocolli previsti, che devono essere messi in pratica con una parte di competenza emotiva, quindi empatica, che ci consente il trattamento più corretto e completo per il paziente. La funzione clinica del triage viene arricchita da altre

conoscenze che deve possedere l'infermiere di tipo amministrativo e organizzativo come la registrazione anagrafica, l'acquisizione del consenso per il trattamento dei dati personali, il rispetto della privacy, l'archiviazione di documentazione clinica. Inoltre deve possedere altre qualità inerenti la comunicazione e l'ascolto in quanto ha una relazione molto vicina con il paziente. L'operatore deve inoltre stabilire il tipo di trattamento dei pazienti e una volta effettuata la sua valutazione clinica non deve mai perdere d'occhio la situazione della sala d'attesa.

Il termine *triage* ha origine francese e significa "cernita, smistamento". Questa funzione viene svolta dal personale infermieristico adeguatamente formato e operante secondo protocolli prestabiliti.

Il triage può essere effettuato in momenti diversi:

- Sul luogo dell'evento, in modo da stabilire una **priorità di accesso**,
- All'ingresso in ospedale e quindi del PS,
- Nei percorsi intraospedalieri.

Tra gli obiettivi del Triage troveremo sicuramente:

- Assicurare immediata assistenza al malato che arriva in emergenza,
- Portare alla visita medica i pazienti seguendo il codice di priorità,
- Riconoscere le priorità e l'area più appropriata di trattamento,
- Smistare i pazienti non urgenti,
- Stimare periodicamente le condizioni dei pazienti in attesa.

In alcune situazioni veramente gravi viene effettuato un triage preliminare direttamente nel luogo dell'evento dai soccorritori. Questo viene chiamato "triage rapido" e viene poi rivalutato all'arrivo in Pronto Soccorso.

Nell'assegnare il colore del codice, l'infermiere non formula alcuna diagnosi ma si incentra sulla valutazione di segni e sintomi e dei parametri vitali e in base a questo ne stabilisce l'urgenza.

Per far fronte al sovraffollamento del pronto soccorso negli ultimi anni si stanno adottando dei protocolli che vengono gestiti interamente dagli infermieri. Tra questi abbiamo il **Fast Track** che si mette in atto per tutti quei pazienti che hanno assegnati codici minori (bianchi), che hanno una patologia di chiara pertinenza, e questi pazienti vengono mandati direttamente in consulenza specialistica, senza aver bisogno di effettuare la visita del medico di pronto soccorso e senza doverci tornare per la dimissione, in un percorso a gestione prettamente infermieristica. Il **See and Treat** invece è un protocollo che prevede la gestione ambulatoriale dei pazienti con problemi di salute di lieve gravità; in questo caso, gli infermieri formati in maniera opportuna, si occupano, da soli, in autonomia, di problematiche cliniche di lieve entità e che non richiedano la presenza del medico o ulteriori accertamenti strumentali e diagnostici.

Per quanto riguarda invece le maxiemergenze, si fa uso di **altri tipi di protocolli per il triage**:

- Protocollo **START** (Simple Triage And Rapid Treatment);
- Protocollo **CESIRA** (Coscienza, Emorragie, Shock, Insufficienza respiratoria, rotture osse, Altro).

Entrambi permettono una veloce valutazione del paziente garantendo una maggiore probabilità di sopravvivenza effettuando cure rapide; questo sottintende che vanno invece portati a cure secondarie quei pazienti in condizioni molto gravi, che vengono definiti codici blu, per i quali si presuppone una morte immediata.

L'infermiere quindi nell'ambito dell'emergenza è una figura centrale e insostituibile, sia che si trovi ad essere team leader o in ambulanza medicalizzata, sia che operi nell'ambito intraospedaliero.

Un altro luogo molto importante in Pronto Soccorso è la Sala Rossa, quindi dove arriva direttamente il paziente che ha compromesse una o più funzioni vitali. Questa sala garantisce una stretta osservazione continua fino al ripristino delle funzioni compromessa e eseguendo vari interventi assistenziali di emergenza collaborando con altre figure professionali come il medico, l'anestesista, il chirurgo e gli altri numerosi specialisti.

Un altro settore di assistenza in PS è rappresentato dalla cosiddetta OBI (Osservazione Breve Intensiva), ovvero quell'area di Pronto Soccorso in cui vi stazionano pazienti su barelle per più giorni piuttosto che essere osservati per un periodo di tempo limitato.

L'assistenza infermieristica erogata nelle situazioni di emergenza comprende vari tipologie di pazienti che possono avere problemi in diverse aree specialistiche, questo ci fa comprendere quanto le competenze e le conoscenze infermieristiche devono essere vaste e diverse tra loro.

I professionisti della salute che lavorano nell'ambito dell'emergenza vivono una stretta relazione con persone che stanno vivendo una situazione che compare improvvisamente e di grande. Gli assistiti, ma anche i familiari che entrano in pronto soccorso, portano con loro ansie, problemi, e pensieri che sicuramente possono riversare sul personale infermieristico, in quanto è la figura a più stretto contatto con loro. I pazienti e le famiglie hanno la necessità di essere ascoltati, accentuata dal fatto che la situazione di emergenza ha rotto uno stato di serenità precedente. Tutti questi fattori e il continuo contatto con questi tipi di problemi possono portare l'infermiere e tutti i professionisti della salute coinvolti a un forte esaurimento emotivo causato da questo stress continuo e cronico. Per questo motivo è importantissimo conoscere le strategie di coping per riuscire a frenare i fattori stressanti.

Tutti i professionisti dell'assistenza che lavorano nel settore dell'emergenza sono vittime dello stress lavoro-correlato, in particolare i professionisti infermieri. La continua esposizione a fatti psicologicamente stressanti può portare all'insorgere di psicopatologie, acute e croniche e disturbo da stress post-traumatico.

Il fenomeno del “crollo psicologico” e dello stress è stato valutato in passato come un segno di debolezza, oggi invece i problemi sono conosciuti e anche le varie **strategie di coping** utilizzate per contrastarli. Un infermiere che deve effettuare manovre rapide e tempestive per garantire il mantenimento delle funzioni vitali di un paziente è costantemente stressato e può non riuscire subito ad impiegare i pensieri in maniera lucida, anche se è preparato e ha la giusta esperienza sul campo. Arrivato nei luoghi dell’evento può inoltre perdere l’autocontrollo e subire un turbamento non indifferente che non dipende dal livello di esperienza.

Abbiamo inoltre dei **fattori** che se presenti incrementano notevolmente lo stress per il personale dell’emergenza.

Tra questi troviamo: l’imprevedibilità della situazione, l’età della persona da soccorrere, se ci troviamo di fronte a pazienti psichiatrici, pazienti traumatizzati gravi con lesione corporee molto gravi e l’identificazione con la vittima. A tutti questi fattori possono inoltre aggiungersi e incrementare al crollo psicologico degli infermieri: la sensazione di impotenza, una preparazione inadeguata o sentimenti di compassione.

In una realtà come quella della **emergenza/urgenza**, mettere in pausa le proprie attività e dedicare del tempo sulla valutazione di quello che si sta facendo o che sta accadendo può sembrare anomalo e spaventoso.

Per questo motivo si riconosce che rispetto ad altri reparti/settori, in quello dell’emergenza, si ha l’esigenza di avere anche uno spazio fisico, che possa essere una sosta dalla frenesia, un luogo per il solo pensiero, dal quale riprendere poi l’attività, in modo più sereno e consapevole.

Un intervento molto difficile e grave lascia sicuramente delle sequele. È infattibile lasciarsi alle spalle naturalmente quello che è accaduto, si può rivivere la criticità dell’evento o ancora avere costantemente pensieri intrusivi. Se tutto questo non viene superato o affrontato si crea nell’operatore un senso di disagio e malessere.

Affinché lo stress accumulato venga lasciato alle spalle, è necessario avere l'opportunità di poter parlare con qualcuno delle proprie esperienze e magari ottenere anche compassione a riguardo.

L'infermiere deve realizzare cosa avviene intorno a sé, questo lo può fare anche riuscendo a sfogarsi realmente con qualcuno delle esperienze che ha vissuto, riuscendo a comprendere i pensieri e i sentimenti che ha provato e, in caso di fallimento nella cura, comprendere che si è agito nella maniera corretta, constatando che non si poteva agire in modo differente. Solo in questa maniera si ha la possibilità di superare i sensi di colpa insorti dopo l'evento negativo.

Risulta essere indispensabile riuscire ad applicare strategie personalizzate e individuali per gestire lo stress, per evitare di incorrere in disturbi anche seri come la somatizzazione sul fisico o nel disturbo post traumatico da stress, o ancora nel burnout. Tra questi possono trovare un riscontro positivo la comunicazione, il parlarne, ma anche il supporto psicologico e l'attività fisica.

2.3 Empatia nell'emergenza

In mezzo al grigio delle situazioni d'emergenza a volte si fa strada una luce. E questa luce si chiama empatia: si tratta non solo della capacità di rispecchiarsi nell'altro ma del senso di umanità più profondo che risuona in ciascuno di noi. È una sorta di armonia universale che armonizza gli animi, che rivela l'esistenza di nessi segreti tra gli uomini. La **risposta empatica** è la forma di comunicazione che offre al meglio la sensazione di essere compresi, rispettati, ed accettati e consiste nella immedesimazione dei contenuti delle esperienze emotive senza giudizi.

L'importante non è solamente comprendere quello che ci viene trasmesso, ma sentirlo dentro. Significa quindi riflettere al paziente in modo chiaro e conciso le idee e i sentimenti che ha voluto esprimere e comunicare a noi infermieri.

L'empatia svolge un ruolo indispensabile nella costruzione del rapporto tra personale sanitario e pazienti. I punteggi più alti di empatia dell'infermiere

sono correlati a una maggiore soddisfazione del paziente, soprattutto per quanto riguarda il settore dell'emergenza.

Tutti i settori dell'emergenza sono posti dove vige il lavoro multidisciplinare sono luoghi di stress e legati a circostanze che compromettono la vita in parecchi casi. È importantissimo per una relazione terapeutica efficace dimostrare fiducia al paziente, e le abilità empatiche qui sono indispensabili. L'empatia viene descritta come la capacità di capire i pensieri e le emozioni dell'altro e di riuscire a comunicare che le sensazioni sono state recepite e comprese. Nell'ambito della comunicazione sicuramente si arriverà a possedere una maggiore soddisfazione nei professionisti più empatici.

C'è stato un rapido aumento del numero di persone bisognose di assistenza sanitaria negli ultimi anni e negli ultimi mesi e questo può portare a un esaurimento professionale. Quindi, il grado di burnout è diventato molto importante in quanto i professionisti sono stati esposti a più lavoro e ad una maggiore pressione sociale. La sindrome di burnout ha 3 dimensioni: esaurimento emotivo, realizzazione personale e depersonalizzazione della relazione infermiere-paziente.

L'empatia dei professionisti dell'emergenza è associata al burnout. Quelli con livelli più bassi di empatia hanno livelli più alti di burnout e quindi un maggior stress lavoro correlato con maggior tensione emotiva. Il livello di esaurimento emotivo e la mancanza di empatia sono sempre correlati, in tutti i professionisti dell'emergenza, sia medici che infermieri.

Bisogna sempre tenere a mente che il dipartimento di emergenza è spesso il primo contatto delle persone con il sistema sanitario. Nel settore così delicato dell'emergenza, dove gli assistiti e le loro famiglie hanno a che fare con situazioni molto stressanti e che li sottopongono a forte tensione emotiva, sono essenziali le capacità comunicative e empatiche degli infermieri.

Le situazioni di grande tensione riducono la capacità empatica dei professionisti, influenzando così le cure e i trattamenti che devono essere prestate all'assistito all'arrivo in pronto soccorso. Migliorare l'unione della

squadra e il benessere emotivo sono azioni che si traducono automaticamente in un miglioramento della qualità dei servizi e a più alti livelli di empatia.

L'esaurimento emotivo invece porta a un aumento del burnout che automaticamente implica una perdita di empatia.

In sintesi, se si riesce a contenere il burnout professionale potrebbero esserci maggiori livelli di empatia dei professionisti dell'emergenza, che a loro volta garantirebbero una migliore qualità delle cure.

L'empatia, soprattutto in tutti i dipartimenti di emergenza e in particolare nel Pronto Soccorso è molto probabilmente un fattore di rischio per il burnout. È possibile che ci si stanchi di soffrire con i pazienti. Una cosa sicura è che l'assenza di empatia deve essere ritenuta burn-out in stadio avanzato.

CAPITOLO 3:

Scarsa Empatia correlata all'emergenza

3.1 Eventuali Problemi

Dall'empatia possono generarsi vari problemi che riguardano tutto il mondo lavorativo dell'infermiere. I problemi possono subentrare sia nei confronti del paziente compromettendone il suo benessere sia nei confronti dell'infermiere e per il rapporto che ha con i colleghi. Possono nascere questi problemi sia per un eccesso di empatia che porta l'infermiere a soffrire e infine a distaccarsi emotivamente dall'assistito o per una scarsa empatia.

Un infermiere che non viene coinvolto a livello emotivo e risulta essere distaccato, non è nelle condizioni migliori per fornire, in una relazione d'aiuto, una corretta assistenza e potrebbe risultare fortemente pericoloso per se stesso, per gli altri operatori e per gli utenti; allo stesso modo l'eccessivo coinvolgimento impedisce di vivere serenamente nell'ambiente di lavoro e con la propria professione.

Questo effetto collaterale delle professioni d'aiuto, se non guidato correttamente può a lungo andare creare conseguenze psicologiche di forte disagio in grado di interferire sulla sfera personale e professionale, condizionando in maniera drastica la qualità del lavoro.

L'Infermiere ha la tendenza a "dissociarsi" dalle proprie esperienze, in quanto viene sommerso da emozioni e paure per difendersi a livello emotivo, senza però accorgersi che inconsciamente vanno ad intrecciarsi con la malattia stessa del proprio assistito.

Soprattutto nel campo dell'emergenza e del pronto soccorso è continuamente esposto a emozioni che vanno a determinare l'insorgenza di stati confusionali in cui esso si sente responsabile delle cose che accadono e ha progressivamente una perdita di equilibrio interiore indispensabile nella performance lavorativa.

Nella relazione d'aiuto queste emozioni difficilmente controllabili, e spesso prettamente negative possono compromettere l'equilibrio psichico dell'infermiere andando a creare una sintomatologia psicosomatica con disturbi comportamentali come irritabilità, nervosismo, stanchezza e depressione che possono sfociare in umore variabile, ansia, affaticamento, isolamento che possono trasformarsi successivamente in un vero e proprio stato di malattia. Questo "distacco emotivo" può sviluppare come meccanismo di difesa il distacco, la freddezza, l'impassibilità, e l'avversione nei confronti dei pazienti o delle persone con cui si lavora.

L'abilità di entrare in empatia con il paziente, di saper comunicare con lui ma soprattutto di saperlo ascoltare per poter capire quali sono i suoi bisogni sono caratteristiche che deve sicuramente possedere l'infermiere. In tutte le Strutture Ospedaliere vengono messe in pratica queste qualità ma soprattutto in unità operative come il Pronto Soccorso, vi sarà un campo di applicazione differente, perché qui vi è una realtà molto più frenetica e dinamica che spinge gli infermieri a valutare velocemente le esigenze di ogni singolo paziente e ad intervenire immediatamente.

Quello dell'emergenza è sicuramente uno tra i settori più altamente stressanti e ad alto rischio di burn-out, in quanto l'impegno fisico e psichico di ogni intervento non è né quantificabile né prevedibile dato che spesso richiede forti responsabilità con decisioni e valutazioni immediate, in cui l'infermiere non sa precisamente quando sarà richiesto il suo intervento; si possono poi associare all'imprevedibilità degli eventi esterni particolari stati d'animo dell'infermiere che fanno sì che quest'ultimo viva l'intervento in maniera traumatica, rivivendo scene di vita vissuta in prima persona o che hanno coinvolto familiari, amici, e colleghi.

Nonostante gli interventi tempestivi spesso non si riesce a salvare una vita e questo può comportare delle alterazioni psicologiche persistenti nei professionisti dell'assistenza e in particolare negli infermieri che instaurano un contatto emotivo con il paziente e che possono crollare psicologicamente e far insorgere sentimenti negativi e reazioni incontrollabili, assumendosi anche la

colpa dell'accaduto. Stare in continuo contatto con la malattia e la sofferenza comporteranno sicuramente una grande sofferenza psicologica nell'infermiere. Il trauma psicologico che colpisce l'infermiere di area critica è stato oggetto di attenzione di vari studiosi tra cui Pearlman e Saakvitne che lo hanno definito "traumatizzazione vicaria" e fa riferimento a quel processo attraverso il quale il vissuto interno del personale sanitario viene trasformato in modo negativo a causa del suo forte coinvolgimento empatico con il vissuto traumatico del paziente di cui si sta occupando. Questi fattori possono portare a delle vere modifiche strutturali nell'identità personale e professionale della persona coinvolta, si può parlare di "contagio psichico". L'infermiere potrebbe arrivare a cambiare il suo modo di osservare le situazioni, per il continuo sommarsi di fatica mentale e fisica che portano anche alla sua autostima di scendere notevolmente di grado. In questa situazione potrebbe anche cambiare il modo di percepire la propria capacità professionale, calando in maniera negativa. Questo accade perché l'infermiere, nel suo lavoro, è costretto a rapportarsi con forti carichi emotivi, a gestire manifestazioni di angoscia e di aggressività, a confrontare sé stesso con le prospettive di morte, dolore e paura che animano i pazienti critici di cui si sta occupando. E se inizialmente l'infermiere si sentirà semplicemente confuso a lungo andare la comunicazione diverrà sempre più difficile, anche con i suoi famigliari, ci saranno delle difficoltà e la relazione terapeutica d'aiuto sarà ostacolata e come conseguenza ci sarà un notevole distacco empatico.

3.2 Possibili Soluzioni

È fondamentale per l'infermiere quindi capire perché l'empatia risulta essere così importante. L'infermiere non deve dimenticare il meraviglioso lavoro che compie e come obiettivo deve sempre avere il far vivere al meglio l'esperienza di cura all'assistito. Risulta essere indispensabile per gli infermieri di area critica una specifica formazione e supporto per affrontare tutte le situazioni di

forte impatto psicologico ed emotivo, per unire la competenza relazionale e quella emozionale bisogna utilizzare nel migliore dei modi la propria empatia.

Tutti coloro che sono impegnati in un lavoro in cui si aiutano gli altri, sia volontariamente, sia in maniera assistenziale, terapeutica o educativa; devono essere consapevoli dell'importanza, ai fini della riuscita delle loro azioni, di saper vedere il mondo con gli occhi del paziente, di entrare in sintonia con lui, di saper riconoscere e interpretare le emozioni dell'assistito. Questo particolare tipo di rapporto interpersonale si definisce "relazione empatica", in quanto si fonda sull'empatia, quindi sulla capacità di sentire le emozioni dell'altro o di dividerle. L'empatia è il terreno di base che deve essere utilizzato dall'infermiere del Ps, in quanto permette non solo di individuare gli effettivi bisogni del paziente senza dover far ricorso ad altre figure professionali (psicologo), ma di garantire all'assistito un'atmosfera dentro la quale la persona si sente accettata e ben protetta. L'infermiere capace di empatia sviluppa una piena capacità di accogliere l'altro; è proprio la qualità dell'incontro con l'assistito l'elemento più importante che indica la validità e la riuscita della relazione. Assumere un atteggiamento empatico ci fa unire tra di loro varie dimensioni: quelle morali, relazionali, cognitive, affettive, e comportamentali; migliora inoltre le relazioni interpersonali, il benessere, la soddisfazione dell'assistito ed ha effetti positivi anche sulla salute del professionista dell'assistenza. Il lavoro degli infermieri richiede la capacità di fare proprie le emozioni dei pazienti.

Per poter superare tutti gli ostacoli è necessario che il professionista utilizzi la cosiddetta intelligenza emotiva, ovvero quella parte di intelligenza che spiega l'armonia tra la parte emotiva e la parte relazionale del nostro cervello: le emozioni costituiscono infatti una forza interna, capace di condizionare il nostro comportamento, tanto da spingerci o bloccarci a seconda del tipo di situazione. Se opportunamente guidate dall'intelligenza, le emozioni si rivelano importanti per la sopravvivenza e per gestire le emergenze della vita: sono piani d'azione per gestire velocemente situazioni che richiedono soluzioni rapide, sono impulsi ad agire. Nel rapporto con gli altri, l'unione tra razionalità e sensibilità in cui consiste l'intelligenza emotiva è essenziale: l'individuo

emotivamente intelligente riconosce e controlla le proprie emozioni, riesce a concentrarsi e a dominarsi per raggiungere uno scopo. Questa è una caratteristica importante per tutti gli infermieri, in quanto migliora la qualità della relazione terapeutica.

Per mezzo delle esperienze che vengono effettuate dagli infermieri di Pronto Soccorso è possibile cercare di avere una visione per il PS del futuro cercando di migliorare l'aspetto comunicativo e aspettandosi un approccio di tipo culturale, fondato sulla collaborazione tra professionisti provenienti da settori disciplinari diversi e sulla sovrapposizione di conoscenze che deriva dall'intrecciarsi di sapere ed esperienze.

Adottare questo tipo di approccio, indipendentemente dai risultati che ne possono derivare, produce la crescita di una visione culturale omogenea e compatta fatta di obiettivi, riflessioni e prospettive, più che di soluzioni precostituite. I dipartimenti di emergenza devono possedere funzionalità ed efficacia, ma anche innovazione ed omogeneità gestionale e culturale per fare ciò è necessario conoscere in maniera approfondita i vari spazi, la relazione tra le varie persone, i processi e la formazione del personale.

Si potrebbe immaginare di:

- Condividere le esperienze in team per una collaborazione più produttiva, simulando casi clinici differenti, reali o inventati per imparare a fronteggiare situazioni con problematiche sovrastanti;
- Promuovere ed attuare continui corsi di aggiornamento e formazione;
- Creare degli spazi dedicati a un momento di relax (in quanto è necessario staccare ogni tanto dallo spazio lavorativo), di approfondimento o di riflessione, indispensabile di fronte a casi particolarmente difficili, per attuare ricerche, consultare le linee guida, o parlarne con altri professionisti d'aiuto o colleghi;
- Migliorare la comunicazione verbale e non verbale;
- Educare le persone circa il significato della parola "infermiere";

- Maggiori riconoscimenti e gratificazioni sia a livello professionale che economico per gli infermieri.

Si intende quindi il riuscire a realizzare una rete ospedaliera che offre le migliori cure, in termini di qualità, per il paziente, ma allo stesso tempo che permetta agli operatori dell'assistenza di intervenire prendendo in considerazione non solo la sfera fisiologica, ma anche quella sociale, culturale e psicologica.

Risulta essere importante a livello professionale che l'infermiere abbia competenza emotiva sia rispetto a sé che rispetto al paziente, in quanto nel processo di cure non è sempre possibile raggiungere i risultati preposti o gli obiettivi stabiliti.

Per fare in modo che un sentimento o un'emozione non siano percepiti come minacciosi o pericolosi, è opportuno lasciarli parlare per lasciarli uscire e andare via.

I sentimenti e le emozioni non sono cattivi o buoni, uno stato d'animo non è giudizio. La comprensione empatica mira appunto a questo: a sentire le emozioni dell'altro e imparare ad esprimere anche i propri sentimenti, tutto ciò favorisce la relazione, le dona chiarezza e fonda le basi perché questa sia efficiente e significativa. Imparare a utilizzare le emozioni e i sentimenti nel processo di cura serve all'operatore sanitario anche per far crescere la motivazione e per sostenere il piacere di apprendere.

Per migliorare l'empatia bisogna anche educarsi alla resilienza. Il termine "resilienza" prende origine dal latino *resilio*, che significa saltare, rimbalzare. Il termine è stato coniato per descrivere l'attitudine di un corpo di attutire i colpi, in fisica, modificando la propria struttura, ma senza mai distruggersi. Decifrando questo principio in campo psicologico si può indicare con resilienza la capacità di una persona di adattarsi agli eventi difficili della vita. Una delle peculiarità più rilevanti che emerge dagli studi sulla resilienza è proprio la capacità di mutare un'esperienza dolorosa in un processo di crescita e apprendimento, e quindi di apprendere capacità che sono utili al

miglioramento della qualità di vita. L'evento traumatico, che nella maggior parte dei casi rischia di far richiudere la persona solamente nella condizione di dolore, poiché causa delle azioni e atteggiamenti che sono spesso nocivi; invece si può finalmente trasformare in un processo di continuo riadattamento, che la persona mette in atto di fronte alle avversità che incontra nella sua vita. La resilienza non è acquisibile una volta per tutte, ma rappresenta un cammino da percorrere; non è una qualità dell'individuo, ma un divenire, e nel contesto dell'empatia può rappresentare quel momento in cui, l'operatore riesce a mettersi nei "panni dell'altro", a sentire quello che prova il paziente ma acquisisce la capacità di contestualizzarlo e così a focalizzarli sul paziente per mirare al suo benessere e al suo sviluppo. La resilienza è la capacità di svilupparsi e crescere nonostante lo stress e le avversità, e quindi del superamento delle difficoltà.

Le pianificazioni delle cure di emergenza cambiano rispetto alle altre pianificazioni cliniche in quanto sia i pazienti che gli infermiere provano sicuramente molto più stress, questa caratteristica altera l'associazione tra empatia dell'infermiere e soddisfazione del paziente. I professionisti con un ottimo controllo dello stress tendono ad avere pazienti molto più soddisfatti.

In Pronto Soccorso per pazienti e famigliari le attese rappresentano una fase critica perché trasmettono ansia al paziente. Per questo la comunicazione che deve essere adottata dagli operatori di Pronto Soccorso o di Triage deve essere efficace ed empatica sia con il paziente, sia con gli accompagnatori e i famigliari. Per consentire una comunicazione efficiente con i pazienti che parlano un'altra lingua, è corretto anche inserire la figura del Mediatore Culturale in PS.

Il coping è un processo che coinvolge più livelli: quello emotivo, quello comportamentale, quello valutativo e quello sociale. Le strategie di coping quindi vengono utilizzate per la risoluzione pratica dei problemi, ma non solo, anche per la gestione dei propri sentimenti e dello stress che derivano dal contatto prolungato con i problemi lavorativi.

Ci sono alcune strategie definite appunto “**strategie di coping**” sia operative che psicologiche che cercano di ridurre nei professi della salute l’insorgere di quei fattori che possono portare a uno stato di stress, al disturbo post-traumatico o una situazione di burnout. Loro non che eliminano la sofferenza, ma ne limitano gli effetti sia quantitativi che qualitativi.

Queste **strategie di adattamento** possono essere concentrate sul problema o sull’emozione. Nelle strategie di coping incentrate sul problema si mira a gestire il problema che causa sofferenza. Nelle strategie di adattamento incentrate sull’emozione invece si mira a migliorare lo stato d’animo del paziente cercando di ridurre lo stress emotivo che esso prova.

In una situazione stressante solitamente vengono attivate entrambe le strategie.

Ne avremo sicuramente altre del tipo:

- La distrazione, intesa come attività che cerca di distogliere l’attenzione dal problema pensando ad altro o concentrarsi qualche altra occupazione;
- La ridefinizione della situazione che è il tentativo di vedere il problema sotto una luce diversa al fine di farlo sembrare più tollerabile;
- L’azione diretta, ovvero tutto ciò che riguarda la raccolta di informazioni sul problema, il pensare a tutte le possibili soluzioni e mettere in pratica qualche cosa per risolverlo;
- L’accettazione che il problema si è ormai presentato e che non si possa fare nulla per risolverlo;
- La ricerca di un sostegno psicologico e sociale all’interno del quale trovare un supporto emotivo. Questo sostegno può essere trovato nei propri cari, all’interno del gruppo di colleghi al quale si appartiene, o attraverso il supporto di uno psicologo;
- Il rilassamento, che si può ottenere con il supporto di tecniche tranquillizzanti o con attività difensive;
- La fede, vista come un supporto spirituale che sia in grado di dare un senso e procurare conforto per quello che sta succedendo.

Per bloccare quindi il distacco emotivo e il Burnout e di conseguenza amplificare l'empatia senza però esserne vittime, risulta essere quindi utile dotare gli infermieri di un supporto psicologico e emotivo, devono essere in grado di resistere ad un'esperienza avversa, essere agenti attivi, essere incoraggiati a superare gli incidenti e le loro conseguenze immediate, senza abbandonarsi quindi alla perdita della speranza e alla depressione.

CONCLUSIONI

Lo scopo del mio elaborato di tesi mira a focalizzare l'attenzione sull'importanza della relazione tra l'infermiere e il paziente in Pronto Soccorso, concentrandosi sull'empatia che necessariamente deve possedere l'infermiere durante tutta la durata della relazione terapeutica. Infatti, è proprio l'empatia che consente all'infermiere di valutare le necessità del paziente e risulta essere il punto di partenza per garantire un trattamento assistenziale efficace e efficiente. Gli interventi del Pronto soccorso spesso risultano essere finalizzati solamente all'erogazione di prestazioni in base a differenti stati di malattia. Nel mio percorso di studi e durante la mia esperienza di affiancamento al Pronto Soccorso ho appreso più che mai che la gestione delle emozioni ha la stessa valenza delle problematiche di tipo fisiologico. I bisogni assistenziali in PS cambiano durante le ore della giornata, si passa da problemi di intensa gravità che mettono a repentaglio la vita, a eventi che invece sono risolvibili brevemente e senza complicazioni.

Una buona presenza empatica crea inevitabilmente un'ottima relazione tra infermiere e paziente, grazie alla presenza empatica l'infermiere sarà più soddisfatto e una comunicazione più chiara contribuirà a migliorare la qualità assistenziale che viene percepita dal paziente. Se all'infermiere non mancano empatia e buona comunicazione sicuramente saprà cogliere i bisogni del paziente anche non espressi e di entrare in sintonia con lui e con i suoi colleghi.

Quello che ho imparato durante il periodo di affiancamento è l'importanza del lavoro in team: e quindi, unire all'empatia anche la componente relazionale. A seguito degli eventi che risultano essere imprevedibili possono insorgere sensazioni come paura, impotenza, e senso di inadeguatezza. La personalità del soggetto, le aspettative che possiede e l'esperienza possono influenzare tutte queste sensazioni. Una buona parte degli infermieri ha quindi stress e tensione lavorativa, che può portare anche a casa con il rischio di avere ripercussioni negative nelle relazioni interpersonali.

È indispensabile tutelare l'infermiere utilizzando le strategie già conosciute e ricercandone nuove in grado di riuscire a dare un equilibrio psico-fisico che porterebbe ad un miglioramento della qualità della relazione terapeutica.

L'utilizzo di tecniche di sostegno psicologico deve essere mirato a prevenire l'insorgere di questi problemi, insegnando le tecniche di gestione emotiva che devono essere apprese e successivamente messe in pratica in ambienti come l'area critica e il Pronto Soccorso dove possono insorgere facilmente fattori stressanti. L'intervento ha quindi lo scopo di rivalutare, le sensazioni emotive che l'evento ha causato in modo da ridurre l'ansia ed impedire il decrescere delle capacità professionali.

Infatti, se le capacità professionali dell'infermiere scendono di livello si potrebbe avere una minore empatia e un minor coinvolgimento emotivo e potrebbero manifestarsi difficoltà nel relazionarsi con il paziente e con gli altri professionisti della stessa équipe. È doveroso quindi attuare nei reparti di area critica dei programmi di formazione per i professionisti della salute, e non solo, anche delle strategie preventive allo scopo di ridurre il rischio di esaurimento emotivo degli operatori. Gli operatori di emergenza, dovranno formarsi in continuazione con esercitazioni e simulazione e bisognerebbe sviluppare una rete di supporto ai professionisti, anche psicologico, in grado di dare delle risposte reali alle esigenze che vengono espresse dagli infermieri.

RINGRAZIAMENTI

Desidero innanzitutto ringraziare la Professoressa Concetta Barbagallo per avermi accettata come sua tesista, per la sua disponibilità e per i suoi preziosi insegnamenti. La ringrazio per aver contribuito in maniera significativa alla mia formazione, per avermi aperto gli occhi sulla reale figura dell'infermiere sin dal primo anno, motivandomi e supportandomi.

Desidero ringraziare i miei genitori, figure portanti della mia vita, senza i quali non esisterei e non sarei arrivata dove sono ora, li ringrazio per il sostegno morale, economico e per i sacrifici fatti al fine di garantirmi un futuro nel mondo del lavoro, così da potermi sentire realizzata.

Ringrazio mio fratello Giuseppe e mia sorella Veronica, senza di voi la mia vita sarebbe vuota. Vi amo più di ogni altra cosa al mondo.

Ringrazio Vincenzo, per la pazienza dimostrata nonostante tutto e per gioire ancora accanto a me dopo tutto questo tempo.

Intendo poi ringraziare Silvia e Ausilia che, nonostante la distanza, mi hanno dimostrato amore e sostegno costante, non riuscirei più a immaginare la mia vita senza di voi. Grazie Silvia, per essere presente ogni giorno nella mia vita, per esserti dimostrata molto di più di una semplice amica e con la quale sento di avere un legame speciale, sei ormai una certezza per me. Grazie Ausi per farmi sentire la tua presenza più vicina che mai, in ogni momento. Non mi avete fatto mancare mai l'affetto che tutti vorrebbero.

Ringrazio Stefano, amico di una vita, grazie per avermi salvata da ogni mia crisi di "babbità". Sappiamo entrambi quanto sia speciale il nostro rapporto.

Grazie a Carmelo con il quale condivido ogni stranezza della vita, non so come ma riusciamo a trovarci sempre nelle stesse assurde situazioni e a trovare la forza ad uscirne fuori, rigorosamente insieme.

Ringrazio Alessandra con cui nonostante le numerose incomprensioni e le innumerevoli liti riusciamo a trovare sempre la forza di fare pace e di esserci l'una per l'altra.

Desidero ringraziare le mie amiche speciali Lorenza e Emanuela. Vi voglio bene.

Ringrazio le mie colleghe Alessia e Rachele che mi sono state accanto nei momenti difficili, mi hanno dato conforto e preziosi consigli e mi sono state sempre vicine in questi anni di studio.

Ringrazio il secondo piano di Via Renato Imbriani 74.

Casa Alberghina mi ha donato non solo delle coinquiline stupende ma delle vere amiche e sorelle con la quale sono sicura resteremo unite nonostante il tempo e le distanze.

Grazie a Roberta, il nostro rapporto è stato sin dal primo momento speciale e si è creato spontaneamente, facendoci essere più unite che mai. Senza la tua energia e positività la casa non sarebbe stata la stessa, sarai sempre un po' la mamma di tutti.

Grazie a Silvia, mia sorellina separata alla nascita. Siamo state una spalla l'una per l'altra in ogni momento, la tua bontà ti contraddistingue.

Grazie a Serena, mia mogliettina con la quale ho condiviso tantissimo in poco tempo, abbiamo passato serate meravigliose e sei riuscita a capirmi nei momenti tristi e a darmi un po' della tua grinta durante i miei innumerevoli abbattimenti.

Grazie a Giorgia, la tua dolcezza spontanea e i tuoi saggi consigli sono stati per me un punto di riferimento in quelle quattro mura.

Grazie a Ciccio, e il nostro continuo punzecchiarci. Senza di te ci sarebbero state molte meno risate. Grazie per essere stato sempre un amico prezioso e per avermi permesso di fare la parte della figlia con te e Ro.

Grazie a Elena, la bimba di casa, e alle nostre estati passate nel balconcino con libri, amaro e amicizia che ci scaldava il cuore.

Grazie a Casa Caracciolo:

A Marcello e alle sue follie, grazie per le innumerevoli risate ma anche per avermi ascoltato quando ne avevo bisogno, tu in realtà sei un po' un Alberghino,

A Fabiana, l'artista di casa, che trovava sempre un momento per impazzire insieme a me o a appoggiarmi nelle mie follie,

Grazie a Marco, Peppe, Vito, Diego e Nino, gli anni con voi resteranno sempre scolpiti nel mio cuore. Non dimenticherò mai la sera in cui vi ho conosciuto e tutto quello che abbiamo creato nei mesi a seguire. Siete speciali.

Inoltre desidero ringraziare Debora, Matteo, Giacomo e Dario che hanno allietato le serate con la loro simpatica compagnia.

Infine ringrazio gli infermieri e i medici che ho avuto la fortuna di conoscere e affiancare durante questi tre anni di tirocinio, in particolare Benedetta, Linda e Alfredo, per avermi trasmesso le conoscenze che oggi possiedo e le loro esperienze, per l'enorme affetto dimostratomi e per la fiducia che è stata riposta in me.

Grazie a tutti voi che avete contribuito a rendere più piacevole l'arrivo in questo traguardo, nonostante le innumerevoli difficoltà, personali, burocratiche e anche sociali: la Pandemia Globale aspettava la mia laurea.

Semplicemente Grazie, Nadine.

BIBLIOGRAFIA

- Timby B.K., Fondamenti di assistenza infermieristica concetti e abilità cliniche di base, IX edizione, Milano: McGraw Hill, 2009
- Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019
Presentazione Consiglio Nazionale 12-13 aprile 2019

SITOGRAFIA

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100340&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- <https://www.stateofmind.it/tag/empatia/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6575121/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6136813/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4619021/>
- <http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-14-articolo-173.htm>
- <https://www.nurse24.it/infermiere/infermiere-comunicazione-paziente.html>
- <https://www.dimensioneinfermiere.it/relazione-infermiere-paziente-ascolto-tempo-nella-comunicazione-con-assistito/>
- http://www.lescienze.it/news/2017/06/08/news/circuiti_cerebrali_empatia_sofferenza_cura_-_embargo_h_18-3558423/?refresh_ce
- <https://studiotrevisani.it/2016/02/12/i-quattro-livelli-di-empatia-metodo-4-levels-empathy-di-trevisani-per-le-tecniche-di-ascolto-aumentato/>
- <https://www.nurse24.it/dossier/burnout/empatia-cos-e-e-perche-e-in-grado-di-generare-burnout.html>
- <http://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/68>
- <https://www.igorvitale.org/empatia-mindfulness/>
- <http://items.giuntios.it/showArticolo.do?idArt=256&print=true>
- <https://www.nurse24.it/dossier/burnout/sindrome-riconosciuta-oms-operatori-sanitari.html>
- <https://www.nurse24.it/infermiere/infermiere-comunicazione-paziente.html>
- <http://items.giuntios.it/showArticolo.do?idArt=256&print=true>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4891856/>
- https://digilander.libero.it/aiol/nursing/processo_infermieristico.htm

- <http://infermiereclinico.blogspot.com/2008/05/il-processo-assistenziale-nursing.html>
- <https://www.infermieritalia.com/2018/04/17/i-modelli-organizzativi-di-erogazione-dellassistenza-infermieristica/>
- <http://www.mdc-net.org/it/convegni/congresso-internazionale-2007/199-equipe-multiprofessionale-e-qualita-dellassistenza-in-ospedale.html>
- <https://www.nurse24.it/infermiere/dalla-redazione/lunione-fa-la-forza-lequipe-multiprofessionale.html>
- <https://it.jobs-job.com/how-to-integrate-jean-watson-s-theory-of-caring-into-nursing-practice-13485>
- <https://www.nurse24.it/specializzazioni/area-clinica/infermiere-dell-emergenza.html>
- <https://www.nursetimes.org/essere-infermieri-in-area-critica-il-pronto-soccorso-e-la-sala-rossa/69803>
- <https://www.nurse24.it/specializzazioni/emergenza-urgenza/fattori-stress-infermieri-soccorso-ambulanza.html>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176714004784?via%3Dihub>
- <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/linfermiere-di-pronto-soccorso-chi-e-e-cosa-fa.html>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5604659/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6136813/>
- <https://www.empillsblog.com/burnout-ed-empatia-in-bianco-e-nero/>