



NARRATIVE REVIEW

The “patient body”, from object to subject of care: embodiment and caring-touch

Anna Restaino¹ , Loredana Cavagnero², Paola Mosca², Mariangela Mazzone³, Gabriella Mincione³

¹ Studentessa, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli studi “G.d’Annunzio” Chieti-Pescara

² ASL Pescara, Università degli studi “G.d’Annunzio” Chieti-Pescara

³ Dipartimento di Tecnologie Innovative in Medicina e Odontoiatria, Università degli studi “G.d’Annunzio” Chieti-Pescara

Findings:

This narrative review highlights how caring-touch, although recognized, is still rarely adopted officially.

ABSTRACT

BACKGROUND: Can the nursing profession exist without touching the patient? How do you touch a body? Can contact be considered a patient need? Even today, this topic is poorly discussed both in clinical practice and in research. Physical contact is an essential, fundamental aspect; through the latter, professional enters into a relationship with the intimate, physical and psychological space of the person.

AIM: Investigate the importance and effects of the use of nursing contact.

METHODS: Literature review through Pubmed, MSAL, FNOPI, Regione Abruzzo, AGENAS, CESPI and Gazzetta ufficiale consultation, using the following keywords: «nurse touch», «contact in nursing», «need for contact», «touch therapy», «touch evaluation scales», «caring touch», «benefits of touch in nursing».

RESULTS: Caring touch is recognized by the WHO as complementary nursing care with multiple benefits for the patient, professional and company. It is also recognized as a relational nursing skill in 2014 through a company resolution at the TorVergata Polyclinic and implemented in some regions. The most recent implementation in the Sant'Andrea University Hospital in Rome dates back to February 2023.

CONCLUSIONS: From the work it emerged that, although nursing skills of a relational nature are recognized by Ministerial Decree 739/94, only in some regions/companies and universities is the caring touch technique implemented/widespread. NANDA recommends, among the nursing interventions for Nursing Diagnosis “Unbalanced energy field” and “Risk of loneliness” the caring touch. Nonetheless, to date, it is rarely used and requires greater emphasis. It's authors' hope this knowledge will be further expanded by including training/implementation of touch as a work and well-being tool.

KEYWORDS: *Caring Touch, Nurse touch, Contact in nursing, Touch therapy, Nurses*

Corresponding author:

Loredana Cavagnero: loredana.cavagnero@asl.pe.it

ASL Pescara, via Renato Paolini 47

65124, Pescara



Milano University Press



REVISIONE NARRATIVA

Il "corpo paziente", da oggetto a soggetto della cura: embodiment e caring touch

Anna Restaino¹ , Loredana Cavagnero², Paola Mosca², Mariangela Mazzone³, Gabriella Mincione³

¹ Studentessa, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli studi "G.d'Annunzio" Chieti-Pescara

² ASL Pescara, Università degli studi "G.d'Annunzio" Chieti-Pescara

³ Dipartimento di Tecnologie Innovative in Medicina e Odontoiatria, Università degli studi "G.d'Annunzio" Chieti-Pescara

Riscontri:

Questa revisione narrativa della letteratura mette in luce come il caring-touch, benché riconosciuto, sia ancora scarsamente adottato in maniera ufficiale.

ABSTRACT

BACKGROUND: La professione infermieristica può esistere senza toccare l'utente? Come si tocca un corpo? Il con-tatto può essere considerato un bisogno dell'assistito? Tutt'oggi tale tema è scarsamente discusso sia nella pratica clinica, sia nella ricerca. Il con-tatto fisico è un aspetto imprescindibile, fondamentale attraverso il quale il professionista entra in rapporto con lo spazio intimo, fisico e psicologico della persona.

OBIETTIVI: Indagare sull'importanza e sugli effetti dell'uso del con-tatto nella pratica infermieristica.

METODOLOGIA: Revisione della letteratura attraverso la consultazione di Pubmed, MSAL, FNOPI, Regione Abruzzo, AGENAS, CESPI e la Gazzetta ufficiale, utilizzando le seguenti parole chiave: «tocco infermiere», «contatto nel nursing», «bisogno del contatto», «touch therapy», «scale valutazione touch», «caring touch» e «benefici del touch nel nursing».

RISULTATI: Il *caring touch* è riconosciuto dall'OMS come cura complementare infermieristica dai molteplici benefici per l'assistito, il professionista, l'azienda. È inoltre identificata come competenza infermieristica di tipo relazionale nel 2014 attraverso una delibera aziendale presso il Policlinico Tor Vergata ed implementato in alcune regioni. È di febbraio 2023 l'implementazione più recente nell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Sant'Andrea di Roma.

CONCLUSIONI: Dal lavoro è emerso che, nonostante le competenze infermieristiche di natura relazionale siano riconosciute dal DM 739/94, solo in alcune regioni/aziende, università viene implementata/diffusa la tecnica del *caring touch*. La *North American Nursing Diagnosis Association* raccomanda, fra gli interventi infermieristici per le diagnosi infermieristiche "Campo energetico sbilanciato" e "Rischio di solitudine", il *caring touch*. Ciò nonostante, a tutt'oggi, è scarsamente utilizzato necessitando di maggiore rilievo. Gli autori auspicano che tale conoscenza venga maggiormente ampliata, inserendo formazione o implementazione del *touch* come strumento di lavoro e benessere.

KEYWORDS: *Caring Touch, Tocco infermieristico, Contatto nell'infermieristica, Touch therapy, Infermieri*

Corresponding author:

Loredana Cavagnero: loredana.cavagnero@asl.pe.it

ASL Pescara, via Renato Paolini 47

65124, Pescara



Milano University Press



INTRODUZIONE

Il tema del contatto fisico, in special modo quello definito non procedurale e non terapeutico è, a tutt'oggi, un tema scarsamente discusso sia nella pratica clinica che nella ricerca.

La professione infermieristica può esistere senza toccare l'utente? Come si tocca un corpo? Il con-tatto può essere considerato un bisogno del dell'assistito? A questi ed altri interrogativi cerca di rispondere il lavoro.

Sempre più, nella pratica quotidiana assistenziale, abbiamo a che fare con tecnologie avanzate, sofisticate; a volte queste ultime rischiano di trasformare il corpo del paziente da "soggetto" ad "oggetto". L'importanza della tecnologia è fuori discussione per molteplici motivi fra cui garantire elevati standard di qualità, assicurare la migliore terapia possibile ma, di contro, può accadere che questa prenda il sopravvento su di un altro aspetto fondamentale della cura: la relazione con la persona assistita. La persona diventa la patologia di cui si parla e non l'utente con cui si parla. Diventa un corpo malato, circondato da professionisti infermieri e medici che lo manipolano a seconda della procedura o dell'indagine da effettuare.

Sin dal primo anno di studi lo studente infermiere entra in relazione con gli utenti attraverso il tirocinio professionalizzante, stabilisce un con-tatto con il corpo dell'assistito dal primo giorno, ma che valore ha quel corpo? Come va toccato?

E ancora. La nostra formazione inizia con l'acquisizione della capacità di formulare diagnosi infermieristiche e successiva pianificazione di interventi in base agli obiettivi e, principalmente, in base ai bisogni. Ma come possono essere individuati i bisogni dell'assistito se lo si considera solo corpo malato o un corpo oggetto?

A tal proposito uno degli obiettivi del presente elaborato è quello di indicare come e quando un paziente da semplice "oggetto" delle cure diviene "soggetto" della relazione, come questi processi di

scambio possono variare ed essere, in un certo senso, padroneggiati dal professionista infermiere durante il percorso terapeutico, e che benefici possono trarre da tali capacità sia il professionista che l'assistito.

Il corpo è, dalla nascita della professione infermieristica, strumento principale e fondamentale della pratica; il corpo è toccato, guardato, sentito attraverso le mani del professionista, mani che dovrebbero avere la capacità tecnica di cogliere da quel tocco, da quel vedere e sentire, preziose informazioni sugli interventi necessari, sulle procedure indispensabili, sugli interventi. Il medesimo dovrebbe permettere di relazionarsi, di comunicare, andando a completare l'osservazione.

A tal proposito si affronterà il tema del con-tatto nella pratica infermieristica e del tocco, considerati mezzo di relazione e comunicazione, in tutti i loro aspetti: il significato, i vari tipi di con-tatto, benefici, limiti e formazione. Il con-tatto fisico è un aspetto imprescindibile, fondamentale dell'assistenza infermieristica, attraverso quest'ultimo il professionista entra in rapporto con lo spazio intimo, fisico e psicologico della persona; presuppone fiducia e rispetto, l'inizio della relazione d'aiuto e, nel contempo, consente di accedere alla sfera più personale dell'assistito.

"Anche quando l'assistenza è limitata nel tempo, come nei servizi di endoscopia, il contatto è un mezzo per ottenere informazioni che altrimenti rimarrebbero celate". (1)

L'obiettivo principale di questo elaborato è quello di affermare l'importanza ed il ruolo universale del con-tatto fisico nella pratica infermieristica, quale strumento fondamentale nelle relazioni di cura.

Ulteriori obiettivi che l'elaborato si pone di raggiungere sono: indagare il concetto di contatto fisico, analizzando i vissuti, le percezioni e le emozioni dei due elementi della relazione d'aiuto: professionista ed utente; individuare le possibili risorse che un'adeguata formazione al touch possono offrire, sia da un punto di vista terapeutico che





professionale; riflettere sulle reali capacità relazionali e comunicative del professionista infermiere.

METODOLOGIA

La presente revisione narrativa è stata condotta mediante l'utilizzo di dati reperiti dalla banca dati biomedica PubMed e da siti istituzionali, quali: Ministero della Salute, Gazzetta Ufficiale Regione Abruzzo, Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali (AGENAS), Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), Centro Studi Professioni Sanitarie (CESPI). La ricerca ha avuto luogo da gennaio ad agosto 2024.

Le parole chiave della ricerca utilizzate, combinate attraverso gli operatori logici (and/or), sono: "comunicazione", "comunicazione non-verbale", "comunicazione infermiere-paziente", "relazione infermiere-paziente", "relazione infermiere-assistito", "Tocco infermiere", "contatto nel nursing", "bisogno del contatto", "scala valutazione del touch", "Touch therapy", "caring touch" e "benefici del touch nel nursing". I criteri di eleggibilità osservati per la selezione degli articoli sono stati i seguenti: documenti in lingua italiana ed inglese e disponibilità del testo (full text, free full text). Non sono stati inseriti limiti in termini temporali né filtri sui disegni di studio. L'analisi condotta su PubMed ha identificato 56 articoli rispondenti alla domanda di ricerca, 17 dei quali sono stati rimossi poiché ritenuti *off-topic*. Dei 39 rimasti, 15 articoli sono stati esclusi perché ponevano il focus su specifiche categorie di pazienti. Due documenti provenienti dalla letteratura grigia sono stati aggiunti ai fini dello scopo di ricerca.

RISULTATI

La ricerca della letteratura ha permesso di identificare 26 articoli rispondenti al quesito di ricerca. Sono stati quindi individuati ed utilizzati: studi osservazionali, studi qualitativi, metanalisi, revisioni narrative,

rapporti tecnici e documenti provenienti dalla letteratura grigia.

Assistenza Infermieristica ed *Embodiment*

L'*Embodiment* è il processo che ci consente di conoscere l'altra persona e le alterazioni corporee attraverso il corpo, mediante una serie di meccanismi che non solo ci permettono di entrare in contatto intimo con la persona, ma anche di "conoscere se stesso e l'altro con tutto il suo corpo attraverso un processo di incorporamento della realtà". (2)

"*Embodiment*", tradotto letteralmente, significa "Incarnazione" e si riferisce ad un concetto molto ampio, ovvero il considerare il corpo tutt'uno con la mente *in primis*, superando la separazione cartesiana tra i due concetti e le rispettive affezioni e, *in secundis*, ancor più importante, considerando la persona come "Essere nel mondo".

"Essere nel mondo" sta a significare che noi non abbiamo un corpo ma siamo un corpo, un corpo con emozioni, sentimenti, esperienze e sensazioni che possono esistere solo perché siamo un tutt'uno con la mente. Tale concetto viene confermato anche dall'*Embodied Cognition*, un approccio cognitivo basato sulla teoria che corpo e mente non siano divisi ma che si influenzino reciprocamente e che il comportamento adottato da una persona è legato al suo modo di pensare in rapporto alla sua corporeità.

Ciò che viviamo e apprendiamo dalla nostra esistenza è un qualcosa di totalmente connaturato e profondo, connesso non solo alla nostra mente o al nostro pensiero, ma anche alla nostra corporeità. Quando accade qualcosa di triste o, ad esempio, quando un utente si sottopone ad una procedura invasiva dolorosa, quell'emozione, quella sensazione permea il suo corpo. Quest'ultimo manifesterà, nell'immediato e successivamente, quelle sensazioni ed emozioni collegate al vissuto e all'esperienza: basti pensare a come il dolore procedurale possa provocare





DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



nell'assistito, alterazioni fisiologiche come l'aumento della pressione arteriosa o della frequenza cardiaca.

Nell'assistenza infermieristica, quotidianamente, il professionista entra in contatto con il corpo e le emozioni della persona assistita con "il proprio corpo". "La scienza infermieristica nel prendersi cura rimanda all'esperienza incorporata tanto del paziente quanto dell'infermiere". (3)

Ogni storia, ogni emozione, ogni paura delle persone assistite viene vissuta sia dal corpo della persona stessa sia dall'infermiere. Tale contatto è caratterizzato da una continua trasmissione di elementi irrazionali che possono essere intercettati solamente con l'esperienza della corporeità.

Nel processo di *Embodiment* si utilizza il proprio corpo come strumento di conoscenza sommato alla mente e alle componenti motorie-sensoriali quali: vista, udito, gusto, olfatto e tatto. "Il corpo è il veicolo dell'essere al mondo, e per un vivente avere un corpo significa unirsi a un ambiente definito, confondersi con certi progetti e impegnarsi continuamente" (4). L'essere nel mondo e l'essere corpo obbligatoriamente comporta il mettersi in contatto con gli altri esseri nel mondo. Ognuno di questi ha una sua storia, un suo vissuto, rendendo, in tal modo, l'*Embodiment* un processo inevitabile nell'infermieristica.

Se, dunque, nel processo di incarnazione si entra in contatto, attraverso il proprio corpo, con quello della persona "... anche il modo di trattare gli uomini dipende da come li si considera e da come si considera se stessi". (2)

L'Io del professionista, il suo pensiero, la sua cultura, il suo vissuto, il suo essere nel mondo, entrano in relazione con l'altro. La somma di tali componenti connota il coinvolgimento assistenziale in quel contesto e con quella persona. Comprendere i bisogni dell'assistito attraverso l'*Embodiment* "... significa considerare l'altro non come semplice oggetto su cui applicare il sapere astratto delle scienze naturali, ma riconoscere al malato il suo essere portatore di significati all'interno della relazione...". (2)

"L'*embodiment* non è una teoria, o un gruppo di teorie, ma un differente modo per pensare e conoscere l'essere umano". (5)

Nella pratica quotidiana potrebbe accadere che la tecnologia prevalga sulla relazione, considerando meno importante la persona assistita come corpo vissuto e come essere nel mondo. Il corpo diventa un oggetto su cui praticare interventi e procedure, il contrario di quanto enfatizzato dall'*Embodiment*. Di fronte ad una tecnologia sempre più avanzata e pervasiva, peraltro necessaria, si deve distinguere il presidio/la macchina da un corpo con una storia.

È altresì interessante osservare come il tatto sia l'unico organo di senso con un duplice effetto: toccare presuppone anche l'essere toccati, fisicamente e, a volte, emotivamente. (6) Gli studi sottolineano come il tocco porti con sé tale effetto sia sull'assistito sia sull'infermiere, arrecando beneficio ad entrambi i protagonisti della relazione d'aiuto. (7,8) Alcune variabili influiscono nelle situazioni di tocco: caratteristiche dell'infermiere, dell'assistito, effetto misto, condizioni che si verificano nel contesto quotidiano. (9) È inoltre stato dimostrato che le situazioni di tocco tra persone dello stesso sesso sono più frequenti rispetto a quelle tra persone di sesso opposto. (10) Sebbene il tocco sia considerato utile nel progetto di assistenza per individuare e alleviare il dolore o per favorire la relazione e permettere alla persona assistita di sentire il suo corpo, il tema del contatto fisico, di tipo non procedurale e non terapeutico, è poco affrontato e discusso sia nell'ambito della ricerca, sia in quello della pratica clinica.

Il processo di incarnazione aiuta l'infermiere a fare proprie le sensazioni, le emozioni, il dolore della persona-assistita. Non solo. Può essere utilizzato anche per controllare e correggere, con più facilità, gli squilibri che si verificano nel percorso di cura ed ottenere un ottimo livello di compliance dell'utente.

All'interno della pratica infermieristica è indispensabile quanto ovvia, la relazione





all'oggettivazione del corpo caratterizzata dal distanziamento. Quando durante un processo di cura si attivano processi oggettivi e distaccati, parliamo di "*Disembodiment*".

"*Disembodiment*" significa disincarnamento dell'esperienza ed è, all'interno del processo di *Embodiment*, una modalità di conoscenza e relazione tra l'infermiere ed utente che avviene attraverso l'oggettivazione del corpo di quest'ultimo e dell'infermiere stesso. Quando il professionista si trova di fronte a situazioni imbarazzanti, difficili o a pratiche e procedure infermieristiche invasive e dolorose, può ritenere necessaria una temporanea presa di distanza dalla propria soggettività e da quella della persona assistita per poter procedere: "Per poter vedere noi stessi in questo modo dobbiamo ridurre noi stessi a oggetti: esseri senza volto che praticano in maniera neutrale, senza luogo o contesto". (11)

Una volta superata la fase dell'oggettivazione del processo di *Disembodiment*, il professionista deve tornare a "l'incorpamento" e quindi all'esperienza personale di corpo insieme alla persona assistita. Quest'ultima è chiamata "*Re-inhabiting of our bodies*" ovvero "ri-abitare nel corpo". Il professionista, solo attraverso il ri-abitare, avrà la possibilità di avere una relazione con la soggettività dell'assistito e continuare a considerarlo come essere nel mondo. Possiamo quindi affermare che non sussiste pericolo dell'oggettivazione del corpo se non si dimentica che dopo la procedura o la situazione in cui si è reso necessario il distanziamento, non c'è un corpo, ma un essere nel mondo.

"Se il nursing è un mondo in cui noi viviamo, piuttosto che un servizio che noi prestiamo, allora loro - i pazienti - e noi lo costituiamo assieme, lo abitiamo assieme, ognuno dipendono dall'altro per giungere alla condivisione della conoscenza locale circa il luogo in cui il passaggio verso la salvezza può essere trovato". (12)

Il Tocco Infermieristico

"Secondo la definizione, il tocco è un atto o un'azione compiuta con l'uso di una mano o del corpo che ci permette di entrare in relazione con altre persone, oggetti o animali. Nella quotidianità sono inevitabili le situazioni di contatto con ciò che ci circonda spiegando come l'esperienza del tocco sia legata a diversi concetti, tra cui quelli d'intimità, di corpo e di malattia". (10)

Il "*touch*", tocco, è una parte integrante del nursing: basti pensare a ciò che è alla base dell'assistenza infermieristica, ovvero il processo infermieristico, metodo per stabilire interventi specifici volti a raggiungere gli *outcomes*, obiettivi dell'assistenza.

Il processo infermieristico è formato da cinque fasi:

1. raccolta dati;
2. elaborazione dei dati e formulazione della diagnosi infermieristica;
3. disposizione degli obiettivi;
4. attuazione degli interventi;
5. valutazione.

La prima fase del processo di nursing, la raccolta dati, prevede, oltre al colloquio-intervista e consultazione di documentazioni cliniche, una visione olistica della persona assistita caratterizzata dall'esame obiettivo, quest'ultimo formato da tre aspetti fondamentali: osservazione, auscultazione e palpazione. La palpazione è descritta dal vocabolario Treccani come: "Testare, toccare ripetutamente con le dita o con la mano aperta un oggetto o una parte del corpo [...]".

Nella quotidianità sono innumerevoli le situazioni di contatto; attraverso quest'ultimo l'assistito dà al professionista infermiere il permesso di accedere ad informazioni profonde che vanno oltre la comunicazione verbale. Non solo. La malattia modifica la relazione con il proprio corpo e l'infermiere, attraverso l'assistenza e la cura quotidiana, cerca di dare voce, a tale esperienza





infondendo sicurezza e limitando il disagio e il dolore. (13)

Toccare significa entrare in con-tatto, comunicare, proteggere, prendere in carico qualcuno. Il tocco rappresenta una componente essenziale nell'infermieristica e può essere utilizzato per realizzare interventi assistenziali, per comunicare, per fornire supporto, per raccogliere informazioni.

Esistono diverse tipologie di *touch* a seconda delle situazioni che vengono a crearsi durante il percorso assistenziale, a seconda dei bisogni dell'assistito, a seconda delle risorse e degli aspetti caratteriali dell'infermiere e dell'assistito. Distinguiamo due tipologie di tocco:

1. il *touch* procedurale: è la tipologia di tocco utilizzato per realizzare una procedura, orientato al compito, basato su motivazioni tecniche; è un contatto "obbligato", dal quale l'infermiere ma soprattutto l'utente, previo consenso in situazioni in cui è possibile, non possono sottrarsi, quantunque il fine sia sempre la salute (9,14). Come con-tatto "obbligato" pensiamo, ad esempio, agli assistiti in terapia intensiva, dove sussiste una situazione di totale dipendenza dal con-tatto; o ancora, quello che gli infermieri realizzano con l'accertamento dei parametri vitali, con la valutazione della temperatura in un distretto corporeo per valutare la presenza di segni di infiammazione (*calor, rubor, tumor, dolor e functio laesa*), oppure nella valutazione del patrimonio venoso sull'avambraccio per reperire un accesso venoso; L'utente ha la percezione che il tocco procedurale sia quello prevalente nella realtà ospedaliera;

2. il *touch* non-procedurale: definito anche tocco empatico o di *caring*, è un tocco affettivo, espressivo, che esprime vicinanza e sostegno, e può diventare anche terapeutico nella relazione d'aiuto (9,15). Al contrario di quello procedurale, non ha né una sequenza, né delle linee guida da cui attingere, "[...] ma si lascia andare a quello che umanamente l'infermiere si sente di offrire in una determinata situazione assistenziale e in base a ciò che l'altro

incoraggia a dare". (2) In uno studio di tipo qualitativo sull'uso del tocco nella relazione infermiere-assistito è risultato che il *touch* non-procedurale è considerato utile per la pratica infermieristica sia dagli assistiti, sia dagli infermieri: uno strumento utile per prendersi cura, per ridurre le distanze e creare fiducia. (10) E ancora, le mani dell'infermiere trasmettono vicinanza e sicurezza, portando beneficio all'assistito; il professionista ha modo di riconoscere l'utente come essere umano e, nel contempo, si riconosce come persona sentendosi utile, migliorando il proprio modo di agire e personalizzando i propri interventi. A tal proposito il tocco non-procedurale viene definito anche di tipo protettivo poiché mira alla tutela emotiva dell'infermiere e dell'assistito, in grado di instaurare fiducia e ridurre la paura. (16-18)

All'antitesi di quanto finora detto esiste un tipo di tocco che allontana dalla persona assistita, tocco che il professionista ritiene necessario introdurre per implementare un distanziamento in una specifica situazione, ad esempio il tocco con i guanti che causa una separazione tra il proprio corpo e il corpo del paziente. A tal proposito rimandiamo al concetto di "*Disembodiment*" citato precedentemente.

Tra gli operatori sanitari, gli infermieri sono quelli che con più frequenza toccano i pazienti, sia con intenzioni tecniche, sia con intenzione di *caring*. (19) Esistono situazioni in cui l'infermiere è in grado anche di personalizzare il tocco tecnico, *touch* procedurale.

Come descritto poc'anzi, la modalità di *touch* varia in base alla situazione, ai bisogni dell'assistito e agli aspetti caratteriali del professionista e dell'assistito. In letteratura i fattori principali che influiscono nelle situazioni di tocco sono:

- caratteristiche dell'infermiere;
- caratteristiche dell'assistito;
- effetto misto (effetti che il *touch* porta sia al professionista, sia all'assistito);





- condizioni che si verificano nel contesto quotidiano. (9)

E ancora, l'uso adeguato del *touch* dipende anche da altri fattori: il contesto familiare, la cultura di provenienza, l'età, la forma di contatto utilizzata e la parte del corpo implicata nel con-tatto, le caratteristiche delle mani che toccano, l'intensità del *touch*, le condizioni generali dell'assistito e l'ambiente circostante. (20-22)

In uno studio di tipo comparativo sull'interazione e il tocco tra infermieri-utenti e tra Operatori Socio-Sanitari, O.S.S, ed assistiti, sono state quantificate le interazioni ed il numero di volte che il professionista infermiere ha toccato l'utente in 33 ore di osservazione in due unità operative di Medicina in Italia.

Quest'ultime risultano essere per il 74,1% il tocco era di tipo procedurale mentre per il 25,9% era non-procedurale; gli infermieri hanno realizzato in media 4,9 tocchi/ora di cui 1,2 non-procedurali. Inoltre, in 95 occasioni il tocco realizzato dagli infermieri è avvenuto senza l'utilizzo dei guanti. (23)

Nelle conclusioni di suddetto studio è stato dimostrato che "[...] gli infermieri continuano ad avere numerose interazioni e toccano molto di frequente i pazienti malgrado i cambiamenti nelle dotazioni organiche", e ancora, "Per sviluppare la competenza del tocco non-procedurale, è necessario attivare una sensibilizzazione anticipata degli studenti infermieri; è necessario altresì rinforzare l'importanza dell'interazione e del tocco individuando i fattori ostacolanti, anche attraverso occasioni di formazione continua". (23)

Da un altro studio è emerso che gli infermieri sono consapevoli dell'importanza del tocco ma, nel contempo altrettanto consapevoli della scarsa conoscenza sul significato, sull'uso, su percezioni e benefici reciproci sia per il professionista, sia per assistito. (10)

Il con-tatto fisico è, quindi, parte integrante dell'infermieristica ed è indispensabile acquisire capacità di *touch* ed apprendere le modalità ed i fattori influenzanti.

Ma il con-tatto, oltre ad essere una modalità di comunicazione e relazione tra infermiere-assistito, può essere considerato anche un bisogno dell'assistito?

La *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) formula la diagnosi di "Campo energetico sbilanciato", Dominio 4-Classe 3-Codice diagnosi 00273, dove, tra i fattori correlati, troviamo l'ansia, lo stress e il dolore, e tra le condizioni associate troviamo lo stato di salute alterato (24). A tal proposito rimandiamo ai benefici del *touch* sopracitato: contrastare lo stress, minimizzare il dolore, trasmettere fiducia e sicurezza e ridurre la paura. (16-18) Tra gli interventi da attuare, per il raggiungimento degli obiettivi, il protagonista è il tocco.

E ancora, "Rischio di solitudine", Dominio 12-Classe 3-Codice diagnosi 00054, per definizione "Suscettibile di provare disagio, associato al desiderio o al bisogno di un maggiore contatto con gli altri, che può compromettere la salute" (24). Tra i fattori di rischio troviamo la deprivazione affettiva e l'isolamento fisico e sociale. Basti pensare, facendo un riferimento doveroso, a quegli utenti che si trovano in condizioni di isolamento protettivo a causa di patologie onco-ematologiche, dove il con-tatto è proibito e gli ingressi in stanza di degenza vengono minimizzati il più possibile con il solo scopo di garantire le cure. Se vi fosse una preparazione adeguata e una formazione nella gestione del *touch*, si potrebbe avere più padronanza nella personalizzazione del tocco, in modo tale che il professionista possa unire il *touch* procedurale a quello non-procedurale nello stesso momento in cui si entra in con-tatto con il paziente.

Come abbiamo visto precedentemente, tra i fattori che possono influenzare il tocco troviamo le





DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



caratteristiche dell'infermiere; come si possono valutare quest'ultime? (9)

Nel 2015 è stata sviluppata e validata una scala di valutazione del comfort dell'infermiere per misurare l'agio/disagio che il professionista può provare con l'uso del tocco: *"Comfort with touch scale"* (Tabella 1). (14)

La scala è composta da 23 item con specifico punteggio in base alla risposta, ad esempio: "Quanto ti senti a tuo agio nell'eseguire le seguenti azioni, della

tua pratica quotidiana?", da 1. Per nulla a 7. Moltissimo. La scala consente di valutare le diverse situazioni di agio/disagio che si possono verificare, inoltre è suddivisa in cinque sottodimensioni per descrivere quando il con-tatto avviene per eseguire un compito, per dare comfort fisico o per supporto emotivo (Tabella 1).

Tabella 1. *"Comfort with touch scale"*

Contatto orientato al compito	1. Palpare il polso del paziente per rilevare la frequenza 2. Liberare il braccio del paziente per misurare la pressione 3. Toccare il paziente per effettuare una prestazione (iniezione, prelievo, etc.)
Cure della persona	4. Lavare e asciugare le mani del paziente 5. Lavare e asciugare il viso del paziente 6. Effettuare l'igiene intima del paziente 7. Lavare e asciugare i piedi del paziente 8. Fare il bagno completo al paziente 9. Fare l'igiene orale
Comfort fisico	10. Massaggiare le mani del paziente per ridurre il dolore 11. Massaggiare i piedi del paziente per rilassare 12. Massaggiare il dorso del paziente per ridurre il dolore, la tensione, indurre il sonno 13. Massaggiare il viso del paziente per rilassare 14. Massaggiare le gambe del paziente allettato per dare benessere
Rassicurare	15. Tenere la mano nei momenti di ansia/agitazione 16. Tenere la mano in momenti di grande sofferenza 17. Accarezzare la mano 18. Accarezzare il braccio 19. Mettere la mano sulla spalla o sul braccio per dare sostegno
Supporto emotivo	20. Lasciare che il paziente appoggi la testa sulla mia spalla 21. Permettere al paziente di piangere tra le mie braccia 22. Prendere tra le braccia il paziente 23. Abbracciare il paziente

La suddetta scala è stata utilizzata in una ricerca dottorale basata sulla formazione e sensibilizzazione al contatto nella professione infermieristica, in cui si è valutato l'agio/disagio degli infermieri prima e dopo una seduta di sensibilizzazione al contatto. (25)

Dallo studio è emerso che la formazione al contatto ha prodotto un cambiamento sui professionisti dimostrando come il gruppo di infermieri che aveva partecipato all'indagine avesse, successivamente, manifestato una maggiore attenzione ai propri comportamenti di agio al contatto con gli assistiti.

Inoltre, i risultati della ricerca hanno considerato la possibilità di osservare il fenomeno del contatto nel contesto assistenziale infermiere-utente non solo come atteggiamento di cura, dipendente dalla personalità del professionista, ma come atto intenzionale di cura e sostegno che può coesistere ed essere integrato al *touch* procedurale, sia associato al benessere della persona assistita, sia associato al benessere del professionista nel contesto lavorativo. (14)

Corresponding author:

Loredana Cavagnero: loredana.cavagnero@asl.pe.it

ASL Pescara, via Renato Paolini 47

65124, Pescara



Milano University Press



Il Caring Massage

In un rapporto tecnico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 2016 si legge: *“Gli infermieri di tutto il mondo sono divenuti sempre più consapevoli del fatto che ampi gruppi di popolazione in ogni Paese stanno usando approcci tradizionali e complementari per mantenere o recuperare la propria salute. In molti luoghi gli infermieri sono stati innovatori di questo movimento. [...] Alcuni di questi approcci complementari possono far parte di un piano terapeutico con il paziente se sono appropriati ed accettabili. Il tocco terapeutico, l'uso di infusi, il massaggio ed altri approcci complementari possono favorire l'assistenza infermieristica. Il personale infermieristico deve essere preparato a guidare i clienti nella scelta tra i differenti approcci assistenziali complementari e quelli tradizionali. La formazione dovrebbe mettere gli infermieri in condizione di capire i diversi approcci, la loro compatibilità con altre forme di cura e la loro accettabilità in seno alla tradizione culturale. Gli infermieri condividono la responsabilità di essere aperti e consapevoli circa tutto ciò che attiene all'assistenza sanitaria in cui lavorano”*. (26)

L'OMS con il sopracitato rapporto, sottolinea la necessità che il professionista infermiere ampli la sua formazione ad altre forme di cura che possono far parte di un piano terapeutico. Successivamente, i collegi IPASVI, oggi Ordini delle Professioni Infermieristiche, nel 2002, hanno definito gli “approcci complementari” dell'OMS “Cure complementari infermieristiche”.

Quest'ultime sono cure olistiche e naturali, basate sulle evidenze scientifiche, che possono essere affiancate alle cure infermieristiche e mediche, diventando parte integrante del piano di cura in ambito preventivo, curativo e riabilitativo. (27)

Sono interventi che implicano il con-tatto con il paziente e si focalizzano sul corpo della persona, come essere nel mondo e non come corpo oggetto o organo malato (rimandiamo al concetto di “Embodiment”).

All'interno delle cure complementari troviamo una serie di interventi che si avvalgono di saperi e abilità

acquisiti attraverso un percorso formativo; *caring massage* e tocco terapeutico ne fanno parte.

Il *caring massage* è un massaggio a pressione moderata che può essere offerto agli utenti e può rappresentare un aiuto per ridurre la sofferenza morale, il senso di solitudine e le difficoltà comunicative (28). Non è finalizzato alla guarigione ma al benessere dell'assistito donando un momento di sollievo caratterizzato da affettività e vicinanza empatica ed emotiva da parte del professionista che ha in carico l'assistito.

Consiste in una serie di sequenze di massaggio formate da movimenti lenti, lunghi, circolari, dove le mani del professionista accompagnano la conformazione anatomica dei segmenti corporei (29). È dimostrato che proprio il *caring massage* è la forma di cura complementare infermieristica più utilizzata e dai molteplici benefici: riduzione dell'ansia, stress, miglioramento e qualità del sonno e diminuzione del dolore. (30)

E ancora, il *caring* infermieristico viene descritto come un modo di essere con l'altro, implicando il prendersi cura, avere cura dell'altro. Si può assistere anche senza il *caring*, ma quando questo avviene, il nursing si riduce a un solo lavoro, o una sola erogazione di un servizio. (31-33)

La Fondazione Policlinico Tor Vergata (PTV) dal 2007 ospita una comunità di pratica infermieristica, il gruppo “Affettività delle Cure Infermieristiche”, formato da un gruppo di infermieri che coltiva il *caring massage* integrandolo nelle pratiche assistenziali. L'obiettivo è di integrare ed armonizzare il gesto di cura attraverso la pratica del con-tatto e del massaggio generale. (34) Nel 2014 il gruppo viene riconosciuto attraverso una delibera aziendale, rappresentando un passaggio importante ovvero il riconoscere una competenza infermieristica di tipo relazionale, sottolineando e confermando che il professionista infermiere non ha esclusivamente competenze tecniche o operative. (25) La pratica del massaggio viene offerta, previa consulenza infermieristica e





DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



previo consenso informato, con la presa in carico della persona da parte degli infermieri del gruppo che pianificheranno il trattamento definendo modalità e tempi.

Il *caring massage* mira a riparare ciò che lo stato di malattia ha danneggiato, ad esempio l'alterazione dell'immagine corporea ed il rapporto con l'utente con il proprio corpo.

In aggiunta, il gruppo "Affettività delle Cure Infermieristiche", con l'obiettivo di diffondere la pratica del *caring massage*, effettua corsi di formazione agli infermieri della struttura del PTV in modo tale da ampliare le loro competenze. (25)

Il *caring massage* è una modalità di relazione basata sulla fiducia e rappresenta il risultato di una lunga ricerca culturale ed esperienziale. Nel 2015 è nata la Scuola "Con-tatto ed Affettività nelle Relazioni di Cura" presso il CESPI di Torino, con l'obiettivo di trasformare la gestualità dell'agire quotidiano dei professionisti della cura in gesti consapevoli e intenzionali e di offrire alle persone assistite un setting specifico per la pratica di cure ristrutturanti, il *caring massage*. (29)

Quest'ultimo è caratterizzato da tre aspetti fondamentali:

- **prudenza:** richiama all'obbligo di ottenere il consenso, da parte dell'assistito, per invadere il suo spazio intimo; "invita a misurare l'intensità del peso delle mani, a sostare su un indumento prima di denudare una parte del corpo, a scegliere con pudore il gesto e la parola. Diventa linguaggio di presentazione e saluto" (28);
- **trasparenza:** si riferisce alle caratteristiche del movimento (peso, forma, direzione) e ad un con-tatto inequivocabile, chiaro;
- **presenza:** si riferisce all'essere-con, alla presenza del professionista non solo fisicamente, ma rimanda al sentimento comunicativo. (28)

Dal 2019 l'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea di Roma ospita la comunità

infermieristica "Con Cura" che esercita la tecnica del *caring massage* integrandola nelle cure assistenziali a beneficio dei pazienti in trattamento. Inizialmente rivolta ad utenti onco-ematologici durante la degenza o durante il trattamento chemioterapico, ad oggi viene offerta anche in chirurgia senologica, in cardiocirurgia, fino ad arrivare alla seduta operatoria dove, il *caring massage* trova spazio nella fase pre-operatoria per alleviare ansia e timori prima dell'intervento e prima dell'induzione dell'anestesia.

La dottoressa Carmen Cappitella, Dirigente UOS Area infermieristica e ostetricia e promotrice dell'adozione del *caring massage* al Sant'Andrea di Roma, in un'intervista pubblicata nel mese di febbraio 2023 su Quotidiano Sanità afferma "Prendersi cura è differente dal curare, significa riconoscere e accogliere la persona assistita nella sua globalità, significa riconoscere il fatto che dentro quel corpo vi è un individuo con i suoi sentimenti, le sue emozioni, la sua storia. Umanizzare l'assistenza è il valore aggiunto della professione infermieristica". (35)

E ancora: "La diffusione del *Caring Massage* si inserisce nell'ambito delle politiche strategiche aziendali per la valorizzazione delle risorse umane, concorrendo al raggiungimento degli obiettivi di performance aziendale, le professioni sanitarie acquisiscono al Sant'Andrea un nuovo ruolo strategico, coprotagonisti oggi anche nell'ambito dei rinnovati processi gestionali e di budget" afferma il Direttore generale del Sant'Andrea nella stessa intervista. (35)

In aggiunta, nel 2020, l'Ospedale Misericordia di Grosseto ha avviato il progetto di *caring massage* per i pazienti Covid positivi in isolamento: la team leader del progetto e docente di corso di *caring massage*, dottoressa Antonella Bigazzi, in un'intervista condotta nel mese di maggio 2020 spiega: "Il *Caring* una volta acquisito come modalità di relazione tra infermiere e assistito, può essere adottato in qualsiasi condizione l'operatore lavori anche indossando i DPI (Dispositivi di Protezione Individuale)."





Benefici e Limiti del Con-Tatto

Il *caring touch*, una specifica forma di relazione e di con-tatto utilizzata nella pratica infermieristica considerata utile sia dagli assistiti, sia dagli infermieri, rivelandosi uno strumento utile per prendersi cura, per ridurre le distanze e creare fiducia, trasmettendo vicinanza e sicurezza, portando beneficio all'assistito e al professionista. (10)

I benefici riscontrati negli utenti sono molteplici: contrasto allo stress, minimizzazione del dolore, riduzione dell'ansia e della paura, trasmissione di maggiore fiducia e sicurezza, miglioramento della qualità del sonno. (16-18, 29)

Per gli infermieri i benefici riscontrati nell'interazione fisica con gli utenti sono in grado di ridurre lo stress, migliorare il benessere sul posto di lavoro riducendo, nel contempo, il rischio di *burnout* (sindrome caratterizzata da un esaurimento emotivo, strettamente legata alla professione infermieristica, che genera depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale, stato di malessere e disagio, conducendo il professionista infermiere ad essere indifferente e distaccato dall'ambiente di lavoro e dai propri assistiti) e di bassa soddisfazione professionale. (35,36)

A tal proposito rimandiamo al concetto di prevenzione. In Italia lo spazio dedicato alla prevenzione dello stress lavoro-correlato è ormai un'attività ben consolidata, attraverso l'attuazione del Decreto-legge n.81 del 2008 che ha permesso l'introduzione, nelle aziende sanitarie, di formazioni caratterizzate da una visione preventiva e protettiva per i lavoratori. Le aziende sanitarie, a loro volta, per adempiere alle indicazioni del Ministero della Salute, creano dei piani formativi aziendali, caratterizzati da formazione di natura sia tecnica sia di supporto e prevenzione per gli operatori, tra cui troviamo il "Piano mirato di prevenzione del rischio stress correlato al lavoro".

Riguardo ai piani di prevenzione sussistono dei limiti, i diversi enti coinvolti e le differenze di budget tra le regioni, rendono la formazione relativa allo stress

correlato al lavoro difficile da definire, motivo per cui si potrebbe spiegare la presenza dei corsi di formazione del *caring massage* o del *caring touch* solo in alcune regioni.

Altro limite rilevante al con-tatto, che abbiamo già citato, è la tecnologia "Percorrere i territori del contatto e dell'affettività nelle relazioni di cura ci conduce come curanti a riflettere su ciò che ci ha motivato alla scelta di un lavoro di cura; a ritornare all'essenza di quella scelta e di ciò che rappresenta oggi, in un mondo dove tecnologie avanzate, se pur necessarie, spesso allontanano anziché avvicinare alla persona e al suo esistere nella vulnerabilità a cui è esposta". (27)

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

Dal lavoro è emersa l'importanza della capacità di padroneggiare il tocco, da parte degli infermieri, come strumento principale dell'assistenza infermieristica. L'utente pensa che il "farsi toccare" preveda solo finalità procedurali ma, come evinto dai molteplici studi, il *touch* non procedurale, il *caring touch*, è presente in larga misura nelle attività quotidiane del professionista infermiere.

Indipendentemente dalla presenza/assenza di formazione al con-tatto, il professionista userà tocchi non procedurali in diverse occasioni rendendosi "[...] necessario altresì rinforzare l'importanza dell'interazione e del tocco individuando i fattori ostacolanti, anche attraverso occasioni di formazione continua" considerando anche che, secondo NANDA, il tocco rientra negli interventi da implementare in almeno due diagnosi infermieristiche di "Campo energetico sbilanciato" e "Rischio di solitudine". (23)

E ancora, in un altro studio è stato dimostrato che il contatto fisico è considerato utile sia dall'assistito, sia dall'infermiere; il corpo dell'infermiere, specialmente





le mani, riescono a trasmettere vicinanza e rassicurazione.

Il lavoro ha inoltre permesso di approfondire le conoscenze sulle “Cure complementari infermieristiche”, totalmente gestite dal personale infermieristico, previa formazione che possono diventare parte integrante del piano di assistenza. Tra queste troviamo il *caring massage*, altra forma di relazione e con-tatto che riduce l'ansia, lo stress, il dolore, migliorando la qualità del sonno. Una realtà che ha introdotto tali cure è l'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea di Roma inizialmente come cura ai pazienti onco-ematologici, allargando poi l'esperienza, visti i risultati positivi, ad altre tipologie di utenti come le utenti della chirurgia senologica, della cardiocirurgia e, dal mese di febbraio 2023, anche nel pre-operatorio.

Un problema emerso nella stesura dell'elaborato è rappresentato dalla non conoscenza delle Cure complementari infermieristiche. L'aumento della conoscenza e la sensibilizzazione al tema sono fra gli obiettivi dell'elaborato.

Altra considerazione necessaria e che emerge anch'essa dagli studi, è che sebbene i benefici dell'interazione fisica con l'assistito siano molteplici, emerge che il con-tatto fisico, in particolare il *caring touch*, è scarsamente utilizzato all'interno della realtà ospedaliera, come già aveva affermato Gleeson nelle sue ricerche.

Il motivo per cui l'infermiere non si serve delle proprie mani come strumento di cura, se non per le attività legate alle procedure, alla sostituzione e/o compensazione nei bisogni di assistenza infermieristica, è legato soprattutto alla paura del coinvolgimento emotivo che a sua volta è determinato dall'insicurezza e dall'impreparazione del professionista infermiere riguardo alla padronanza del tocco, ai suoi benefici e ai fattori ostacolanti.

Parallelamente, come anticipato anche dallo studio di Bundgaard del 2011, il professionista, nonostante i ritmi e le difficoltà legate all'organizzazione del

lavoro, percepisce di essere utile e d'aiuto, talvolta anche in misura maggiore di quando svolge le attività prettamente procedurali provando soddisfazione e sentimenti positivi. (1)

Nell'infermieristica bisogna toccare per conoscere, per confortare, per “curare”, per ridurre le distanze.

Gli assistiti concepiscono il tocco necessario al trattamento della patologia. Nel contempo non tutti i tocchi vengono avvertiti come uguali; quelli che generano effetti benefici sono connotati da caratteristiche specifiche come la conoscenza e la fiducia nell'operatore, l'approccio personalizzato di quest'ultimo nei confronti dell'assistito. La fiducia risulta essere l'elemento connotante e caratterizzante la relazione d'aiuto. Attraverso tale sentimento l'utente si sente protetto poiché toccato da mani esperte in cui ripone fiducia. Fiducia e conoscenza necessitano di tempo per instaurarsi e crescere all'interno di una relazione d'aiuto.

In questo senso il *caring touch* è prossimità incidendo profondamente sulla relazione. La prossimità sposta in profondità la conoscenza dell'uno verso l'altro, andando a toccare gli aspetti emotivi personali dell'utente consentendo all'infermiere una maggiore conoscenza ed una risposta *ad hoc* per lo specifico utente. Anche le caratteristiche e le peculiarità dell'operatore sono importanti per stabilire una relazione, così come l'esperienza lavorativa.

Nonostante il *caring touch* e le cure complementari siano abilità infermieristiche di tipo relazionale riconosciute, solo in alcune regioni e/o aziende ospedaliere, sono state implementate. Eppure, le *skills* di natura relazionale fanno parte, dal 1994, del Profilo Professionale dell'Infermiere attraverso il decreto ministeriale 739/94, introducendo queste abilità nelle strategie aziendali per la prevenzione dello stress lavoro-correlato e della sindrome di *burnout*.

Infine, “La sensibilizzazione al tema della gestualità e del *caring massage* è stata inserita nelle attività offerte agli studenti dei corsi di Laurea in Infermieristica dell'Università di Reggio Emilia e dell'Università





DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



Cattolica del Sacro Cuore – Cottolengo di Torino, oltre ad essere presente nell'ambito di Master in Cure Palliative organizzati presso l'Università di Parma, di Reggio Emilia, di Bologna, di Verona”.

Si auspica che un maggior numero di corsi di laurea e aziende sanitarie decidano di ampliare i propri orizzonti assistenziali inserendo la formazione e la successiva implementazione del *touch* come strumento di lavoro e di benessere.

BIBLIOGRAFIA

1. Bundgaard K, Nielsen KB. The Art of Holding Hand: A Fieldwork Study Outlining the Significance of physical Touch in Facilities for Short-Term Stay. *International Journal for Human Caring*. 2011; 15(3): 34-41. doi: 10.20467/1091-5710.15.3.34

2. Zannini L. Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica. 7° Ristampa. Franco Angeli Editore; 2023. 226 p.

3. McDonald C, and McIntyre M. Reinstating the marginalized body in nursing science: epistemological privilege and the lived life. *Nursing Philosophy*. 2001; 2 (3):234-239. <https://doi.org/10.1046/j.1466-769X.2000.00064.x>

4. Merleau-Ponty M. Il corpo vissuto. Il Saggiatore; 1979.

5. Wilde MH. Why embodiment now? *ANS Adv Nurs Sci*. 1999; 22(2):25-38. doi: 10.1097/00012272-199912000-00004.

6. De Marinis M, Berti A. Corpo e cure infermieristiche: una relazione su cui riflettere. *International nursing perspectives*. 2007; 7, 21-3.

7. Fedor MC, Grousset S, Leyssene-Ouvrard C, Malaquin-Pavan E. Le toucher au coeur des soins

[Touch at the heart of nursing]. *Soins*. 2008; (727):19-22.

8. Green C. Philosophic reflections on the meaning of touch in nurse-patient interactions. *Nurs Philos*. 2013;14(4):242-53. doi: 10.1111/nup.12006.

9. Estabrooks CA, Morse JM. Toward a theory of touch: the touching process and acquiring a touching style. *J Adv Nurs*. 1992; 17(4):448-56. doi: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb01929.x.

10. Tarantino S, Milos R, Rosi MI. La voce del corpo: studio qualitativo sull'uso del tocco nella relazione infermiere-assistito. 2018; *L'infermiere* (2), 1-13.

11. Gadow S. Clinical subjectivity. Advocacy with silent patients. *Nurs Clin North Am*. 1989; 24(2):535-41.

12. Gadow S. Narrative and exploration: toward a poetics of knowledge in nursing. *Nurs Inq*. (1995); 2(4):211-4. doi: 10.1111/j.1440-1800.1995.tb00148.x.

13. Picco E, Santoro R, Garrino L. Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience in clinical practice. *Nurs Inq*. 2010; 17(1):39-46. doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00481.x.

14. Pedrazza M, Trifiletti E, Berlanda S, Minuzzo S, Motteran A. Development and Initial Validation of the Nurses' Comfort With Touch Scale. *J Nurs Meas*. 2015; 23(3):364-78. doi: 10.1891/1061-3749.23.3.364.

15. Morales E. Meaning of touch to hospitalized Puerto Ricans with cancer. *Cancer Nurs*. 1994; 17(6):464-9.

16. Cunico L, Saiani L. Caring infermieristico in Trattato di cure infermieristiche. 2014; Napoli: Sorbona.





DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



17. Gleeson M and Timmins F. A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 2005; 9(1-2):69-77
18. O'Lynn C, Krautscheid L. Original research: 'how should I touch you?': a qualitative study of attitudes on intimate touch in nursing care. *Am J Nurs*. 2011;111(3):24-31; doi: 10.1097/10.1097/01.NAJ.0000395237.83851.79.
19. Shakespeare P. Nurses' bodywork: is there a body of work? *Nurs Inq*. 2003; 10(1):47-56. doi: 10.1046/j.1440-1800.2003.00158.x.
20. Grousset S. Définition et concepts liés au toucher dans les soins [Definition and concepts related to touch in care]. *Soins*. (2009);737:30-1.
21. Routasalo P. Physical touch in nursing studies: a literature review. *J Adv Nurs*. 1999; 30(4):843-50. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01156.x.
22. Schimdt TC, da Silva MJ. Reconhecimento dos aspectos tácênicos para o cuidado afetivo e de qualidade ao idoso hospitalizado [An approach to touching while providing high-quality affective health care to hospitalized elderly patients]. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(2):426-32. Portuguese. doi: 10.1590/s0080-62342013000200022.
23. Palese A, Brezil F, Coiz F. Interaction (and touch) between nurses and patients and between nurses' aides and patients in daily nursing practice: A comparative study. *International nursing perspectives* 2010; 10(2):45-50.
24. Herdman T, Kamitsuru S, & Takão Lopes C. (2021-2023). *NANDA-I, Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione* (Vol. 12). Casa Editrice Ambrosiana.
25. De Luca E. *La formazione e Sensibilizzazione al Contatto nella Professione Infermieristica*. 2018.
26. OMS. Serie di Rapporti tecnici n.860. *Nursing Practice*, Ginevra 1996, *Infermiere-Informazione* n.3-4, Luglio-Agosto 1997.
27. Bini B, Brizio E, De Benedetto L, Distefano S, Marsaglia C, Martella MC, Urtis M.. *Linee guida per un percorso di alta formazione. Infermieristica e cure complementari* (Vol. 10). Roma: Gemmagraf. 2002.
28. Marsaglia C, Resta D, Galizio M. Contatto e affettività nelle relazioni di cura "Caring massage"®. *L'infermiere*(2). 2019; 12-16
29. CESPI. Manifesto della Scuola del Con-tatto e Affettività nelle Relazioni di Cura: Caring Massage®. 2015. Tratto da <http://cespicomunica.org/download/file/Area%20el%20Care/Manifesto%20Scuola%20Caring%20massage.pdf>
30. Field T. Massage therapy research review. *Complement Ther Clin Pract*. (2016); 24:19-31. doi: 10.1016/j.ctcp.2016.04.005.
31. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. *J Clin Nurs*. 2008 Jan;17(2):196-204. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01824.x.
32. Henderson A, Van Eps MA, Pearson K, James C, Henderson P, Osborne Y. 'Caring for' behaviours that indicate to patients that nurses 'care about' them. *J Adv Nurs*. 2007; 60(2):146-53. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04382.x.
33. Maben J. The art of caring: invisible and subordinated? A response to Juliet Corbin: 'is caring a lost art in nursing?'. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(3):335-8. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.09.002.

Corresponding author:

Loredana Cavagnero: loredana.cavagnero@asl.pe.it
 ASL Pescara, via Renato Paolini 47
 65124, Pescara



Milano University Press



34. De Luca E, Papaleo L. . Il nursing del contatto: l'esperienza del tocco e l'affettività nelle cure infermieristiche. *L'infermiere*. 2010; 5-6, 39-41.

35. Quotidiano Sanità. Al S. Andrea di Roma il caring massage arriva in sala pre-operatoria. *Regioni e Asl*, p. 1. 2023, 02 22.

36. Duzzi B, Giovanardi I, Gradellini C. La sindrome da burnout negli infermieri. *L' infermiere* (5). 2014.

37. Pedrazza M, Minuzzo S, Berlanda S, Trifiletti E. Nurses' comfort with touch and workplace well-being. *West J Nurs Res*. 2015; 37(6):781-98. doi: 10.1177/0193945914527356.

