UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

Il massaggio Tocco Armonico

tecnica manuale di supporto all'assistenza infermieristica

Un percorso tra indagine ed esperienza

Relatore: Carla Maria Bachelet

Candidata: Sara Sblendorio

Anno accademico: 2010-2011

A mia mamma, Anna Castrovilli.

RINGRAZIAMENTI

Giunta alla conclusione di questo percorso, desidero ringraziare tutti coloro che mi sono stati vicini, sostenendomi ed incoraggiandomi, ciascuno con il proprio singolare contributo.

Innanzitutto ringrazio Enzo per l'opportunità che mi hanno dato di apprendere la tecnica di Tocco Armonico e di realizzare questa tesi.

Ringrazio la mia relatrice Carla per la fiducia, il sostegno, i consigli e il supporto concessomi durante la stesura di questo lavoro, nonché la grande disponibilità mostrata nei miei confronti, nonostante i suoi numerosi impegni.

Ringrazio tutte le infermiere della SC Terapia Antalgica dell'Ospedale San Giovanni Battista- Molinette per la gentilezza, la disponibilità e la collaborazione durante il periodo di tirocinio dedicato alla tesi, in particolare ringrazio calorosamente Erika per il suo costante aiuto e per la sua immancabile pazienza nel sostenermi durante lo svolgimento della ricerca.

Un Ringraziamento particolare va ad Eva che con tanta pazienza mi ha dato un grandissimo aiuto per l'analisi dei dati e mi ha dato consigli preziosissimi per lo svolgimento del capitolo sullo studio.

Un caloroso grazie alla mia amica Sara che mi è stata vicina sempre, nei momenti gioiosi e nei momenti tristi , ma soprattutto è stata una speciale compagna di viaggio sia in senso lato che in senso stretto.

Un grazie infinito a Federica che da Amica e confidente, ha contribuito alla realizzazione dei bellissimi disegni riportati nella tesi.

Ringrazio anche Martina, mia amica da sempre e compagna di ″tesi″, che ha fatto parte di questo mio lungo percorso, soprattutto nelle pause.

Un grazie di cuore alla mia grande amica Angelica che con la sua costante presenza e il suo costante affetto ha sempre creduto in me e mi ha spronato nei momenti di sconforto.

Infine vorrei ringraziare mio padre, senza il suo sostegno non avrei potuto realizzare tutto questo; mia zia Giovanna e mia cugina Francesca che mi sono sempre state vicine, soprattutto in questi tre anni di duro lavoro in cui ho sempre potuto contare sul loro affetto.

Grazie di cuore a tutti.

INDICE

Abstract Pag.7

Capitolo 1. *La visione del corpo nella società e nella sanità* Pag.9

1.1 Il corpo nella salute e nell'esperienza di malattia Pag.13

1.2 Il corpo nella pratica clinica Pag.15

Capitolo 2. *Il gesto terapeutico e il contatto* Pag.21

2.1 La fisiologia del contatto Pag.23

2.2 Il contatto nelle varie culture e i suoi tabù Pag.25

2.3 Il significato del contatto Pag.28

2.4 Modalità di tocco e contatto Pag.29
2.4.1 Tipi di tocco Pag.29
- tocco accidentale Pag.29
- tocco di attenzione Pag.30
- tocco finalizzato Pag.30

2.4.2 La qualità del contatto Pag.30
- ampiezza Pag.30
- forma Pag.31
- tono Pag.32

2.5 L'utilizzo del tocco nel nursing Pag.33
2.5.1 Curare con il tocco Pag.33
2.5.2 Il tipo di tocco utilizzato nel nursing Pag.35

Capitolo 3. *Concetto olistico di cura e terapie complementari* Pag.39

3.1 Aspetto culturale dei sistemi di cura: i modelli biomedico ed olistico Pag.39
3.1.1 Concetto olistico di salute Pag.41
3.1.2 Principi cardine della visione olistica Pag.43

3.2 Infermieristica e cure complementari Pag.44
3.2.1 Glossario Pag.48
3.2.2 Legislazione mondiale e italiana Pag.52

3.3 Il massaggio come cura complementare Pag.55
3.3.1 Il Tocco Terapeutico Pag.56

Capitolo 4. *Il tocco armonico. Il massaggio lento.* Pag.59

4.1 Radici Pag.59

4.2 Il corpo umano e le sue energie Pag.60
4.2.1 L'energia vitale Pag.60
4.2.2 I percorsi energetici del Tocco Armonico Pag.64

4.3 Tocco armonico: un gesto corporeo sensibile Pag.67
4.3.1 Qualità del Tocco Pag.68

4.4 Definizione e descrizione della tecnica Pag.69

4.5 Indicazioni e controindicazioni Pag.74

4.6 Benefici del trattamento Pag.74

4.7 Chi lo può praticare e in quali ambiti è già utilizzato Pag.75

Capitolo 5. *Lo studio della tecnica applicata: osservazione e analisi* Pag.77

5.1 La ricerca Pag.77
5.1.1 Gli obiettivi della ricerca Pag.77

5.2 Il metodo Pag.78
5.2.1 Il contesto della ricerca Pag.78
5.2.2 Il campione Pag.80
5.2.3 Strumenti utilizzati Pag.82

5.3 Analisi dei dati Pag.84
5.3.1 Analisi descrittive Pag.85
5.3.2 Analisi bivariate Pag.91

5.4 Risultati Pag.94

5.5 Conclusioni Pag.97

Bibliografia Pag.99

Sitografia Pag.100

Allegati Pag.101

ABSTRACT

Questa tesi nasce dall'interesse riguardo al Tocco Armonico, innovativa tecnica di massaggio introdotta come supporto all'assistenza infermieristica in alcuni ambiti clinici fra i quali il Servizio per le Tossicodipendenze e nella terapia del dolore. Si tratta di una tecnica nata nel 1997 e quindi poco conosciuta e non ancora sperimentata e osservata in ambito clinico. Stimolato dagli infermieri che applicano il Tocco Armonico, il lavoro di approfondimento svolto nella tesi è impostato in due parti: la prima di presentazione e inquadramento della tecnica, la seconda di ricerca per osservare e analizzare gli effetti del trattamento sui pazienti durante un periodo di tirocinio nel reparto di Terapia Antalgica. L'elaborazione della tesi ha implicato l'utilizzo di Banche Dati, la consultazione di testi concernenti argomentazioni relative al contatto, alla visione del corpo in ambito clinico, alle terapie complementari, e alla medicina olistica. Il primo capitolo della tesi argomenta l'importanza del corpo sia nella società che in ambito sanitario sia da parte del paziente stesso, sia da parte del personale. In particolare si discute su come, con lo sviluppo delle scienze mediche, ha portato profondi mutamenti nella concezione di malattia, nei vissuti della sofferenza e nella considerazione del corpo del paziente. Si è progressivamente enfatizzato il prevalere delle conoscenze tecnico-scientifiche mentre il paziente è diventato *oggetto* di un'osservazione scientifica che presuppone il distacco della sua persona e la sottovalutazione della relazione intersoggettiva. Il corpo va considerato e trattato non come oggetto ma come parte integrante di una persona col suo bagaglio culturale e di esperienze. In questo senso l'operatore, nella pratica clinica, cura la persona e quindi anche il suo corpo con un certo riguardo e in particolare lo Tocca, entra in contatto con particolare attenzione e riguardo. Per questo nel capitolo 2 si affronta il tema del Contatto in tutti i suoi aspetti: il suo significato, la fisiologia, i vari tipi di contatto, la tipologia di contatto nelle culture, in ambito clinico e in particolare nel nursing e infine i suoi tabù. L'intento è quello di affermare l'importanza e il ruolo universale che il contatto fisico ricopre sia

per ogni singolo individuo sia per la società, prima di addentrarci in una sfera più psicologica e clinica. Dalla presentazione del modello olistico di salute, nel capitolo 3 passando per le medicine complementari, inquadrate nello spazio e nel tempo, si arriva al Tocco Terapeutico, una cura complementare, basata sul tocco, che permette di integrare la dimensione spirituale del guarire e la pratica infermieristica. Questa pratica utilizza le mani come strumento per dirigere o modulare le energie presenti nel corpo che attivano l'organismo e aiutano la guarigione. Questa cura ci collega direttamente al Tocco Armonico, spiegato nel capitolo 4, a cura di Enzo D'Antoni, infermiere ideatore della tecnica. Benché sia una tecnica completamente diversa, il Tocco Armonico ha dei punti in comune con il Tocco Terapeutico: l'utilizzo delle mani come strumento di guarigione e la manipolazione di energie vitali. In questo capitolo si delineano le radici, la definizione e la descrizione della tecnica; in seguito vengono spiegate le indicazioni,le controindicazioni e i benefici. Nell'ultimo e quinto capitolo si stila la parte sull'osservazione e la ricerca. Si parte dalla definizione degli obiettivi per passare alla descrizione della metodologia di studio e degli strumenti utilizzati, alle analisi descrittive e bivariate dei dati, per finire con le conclusioni. Dall'osservazione condotta e dall'analisi dei dati si può affermare che questa nuova tecnica, il Tocco Armonico, può essere un valido strumento nella relazione d'aiuto e nel nursing. Gli effetti benefici rilevati sono considerevoli anche nel confronto con chi non ha ricevuto il trattamento. Importante è il sentimento di soddisfazione riportato da pazienti e personale.

Questa tesi rappresenta solo un primo passo verso un approfondimento ulteriore della tecnica per delinearne un profilo ancora più valido.

CAPITOLO 1

LA VISIONE DEL CORPO NELLA SOCIETA' E NELLA SANITA'

Ci si interroga da sempre sul significato e il valore che si da al corpo, come venga considerato dalla società e come si modifichi a seconda delle variabili che ci circondano. In particolare è la società contemporanea a essersi molto interrogata sul concetto di corpo, sia come idea filosofica, sia come "immagine" attraverso la quale dare visibilità alla condizione umana. Il Novecento è stato da alcuni definito il "secolo del corpo" [1]: basti pensare al pensiero di Nietzsche, alla filosofia fenomenologica - esistenziale di Heidegger, Merleau Ponty, Sartre, al pensiero eclettico e dissacratore di Georges Bataille, le Metamorfosi di Kafka; e ancora, alla pittura spregiudicata e cruda di Egon Schiele, che per la prima volta mostra i segni della magrezza e del piacere e che con coraggio affronta i tabù dell'autoerotismo e dell'omosessualità, fino alle figure straziate di Francis Bacon che con una estrema lucidità ci mettono di fronte a un corpo che non c'è più, martoriato e ferito dalla realtà contemporanea. Opere che hanno cercato di indagare attraverso la malattia, l'eccesso, la nuda carnalità, ciò che soltanto nel secolo precedente è stato possibile vedere: la domanda di identità, il desiderio, il significato dell'esistere, la crisi, l'estraniazione tra sé e il mondo. Temi che sembrano passare proprio attraverso il corpo e che, solo grazie a una disincantata consapevolezza della sua presenza, ci portano a comprendere il ruolo di esso nella nostra costruzione dell'identità, nonché il suo essere tale in rapporto agli altri e alle cose del mondo. Parlare di corpo significa confrontarsi e perché no, recuperare la possibilità stessa di conoscere la nostra natura di esseri viventi in un ambiente che ci stimola e che a sua volta viene stimolato dalla nostra presenza, in un continuo rimando di impressioni, modificazioni, cambiamenti che fanno sì che ogni esperienza sia unica ed irripetibile. Ma significa

[1] Erbetta A. (2001). *Il corpo spesso. Esperienze letterarie e vissuti formativi*. UTET, Torino.

anche venire in contatto con aspetti intimi della nostra persona, delle emozioni, dei vissuti che attraverso il corpo sperimentiamo quotidianamente e che per questo ne fanno un argomento che″scotta″, perché sentiamo che in esso si condensa la nostra identità più segreta. Anche per questo, il corpo è stato definito come″caos″ , per il suo carattere ″inquietante ed enigmatico″ [2], un caos che paradossalmente sembra essere la via d'accesso privilegiata per recepire, tradurre e comunicare. Corpo definito anche come ″oggetto″ misterioso, capace però di svelare misteri. Eppure, pur avvertendone il valore, nel nostro agire quotidiano non siamo abituati a prestare attenzione a questa ricchezza. Concentrati a rincorrere incombenze ritenute sempre più urgenti, ci dimentichiamo di porre attenzione alle esperienze che il nostro corpo, o quello degli altri, attraversa, per considerarlo semplicemente come ″qualcosa″ che ci portiamo dietro, o meglio qualcosa che abbiamo, un involucro esterno al confine tra noi e la realtà. Probabilmente questa quotidiana ″elusione del corpo″ è stata influenzata da un sistema di valori e di pratiche che abbiamo introiettato, e che discendono dalla nostra tradizione culturale. Questa scissione tra la dimensione del corporeo e del non corporeo ha determinato un modo diverso di attribuire le diverse funzioni che provengono da queste due dimensioni che la nostra cultura ci ha portato a pensare separate. Da un lato il corpo, considerato come la sede delle emozioni e delle impressioni sensoriali, da cui deriva una conoscenza sensoriale della realtà (ciò che vedo, sento, tocco) e per questo soggettiva, perché legata ai sensi del singolo individuo. Le informazioni sono qui filtrate dal nostro modo di sentirle e viverle, e per questo non ripetibili in quanto strettamente legate a ciò che accade nel″qui ed ora″ , o nel ″là e allora″ dell'incontro e dunque non passabili di rientrare nei canoni scientifici della conoscenza razionale. Dall'altro la mente, la razionalità, che invece procede organizzando le informazioni secondo schemi generali e astratti, analizza i dati andando a individuare costanti misurabili e reiterabili e per questo oggettive [3]. Risulta quindi più difficile, se non impossibile, nonostante le molteplici attività del nostro corpo, considerarlo come soggetto e quindi legittimare un ″io corporeo″, dove corporeo e non corporeo rappresentano le″polarità di una unicità″, dove cioè carne, sensi, emozioni, percezioni, immaginazione, riflessione, elaborazione sono tutt'uno. Forse, nel tentativo di ricomposizione di pensiero e organismo in un'io

[2] Heidegger M .(1994).*Nietzsche.* Adelphi, Milano.
[3] Balduzzi L.(2002).*Voci del corpo. Prospettive pedagogiche e didattiche*. La nuova Italia, Firenze.

corporeo″, aiuta il riconoscere che se posso ritornare con la memoria a un'esperienza, piacevole o dolorosa che sia, e poi raccontarla, questo è possibile soltanto perché io sono lì prima di tutto con il mio corpo, perché il mio esistere è e si manifesta essenzialmente come esistere corporeo. È il mio corpo infatti che si fa spazio, o meglio costruisce il suo spazio a partire dalla totalità delle cose, è il mio corpo che sente odori, ode suoni, vede colori, facce, oggetti, altri corpi e li riconosce, li fa suoi, toccandoli, annusandoli, ascoltandoli, e che avvicinandosi o allontanandosi da essi e nel percepire le loro resistenze, fa esperienza di se stesso, delle proprie emozioni, magari ancora confuse, ma recuperabili e successivamente elaborabili in quanto vissute, impresse nella carne e, dunque, ineliminabili. Il corpo quindi come″luogo″ originario del nostro modo di fare esperienza nel mondo e di dare un senso a ciò che ci accade.

Anche nei contesti sanitari da diversi anni si sta facendo strada un interesse crescente nei confronti del tema corpo, inteso come totalità. È un'idea di corpo questa che è alla base della medicina ippocratica ma che nel corso dei secoli si è persa con la nascita e il progredire della medicina scientifica che nel selezionare, nel frammentare il corpo in parti via via sempre più piccole, ha trovato il suo fondamento nonché il motivo del suo enorme sviluppo e successo terapeutico[4]. Di fatto la medicina moderna nasce e costruisce il proprio sapere – sia storicamente, che nella formazione degli operatori sanitari- sul nuovo concetto di ″vedere il corpo″o meglio del cominciare a guardarlo con un nuovo sguardo, che è quello dell'anatomia, dell'istologia, e poi dell'analisi molecolare delle sue componenti infinitesimali. Da alcuni decenni però all'interno della medicina questo sguardo anatomico e oggettivante sul corpo ha cominciato ad essere percepito come limitato e riduttivo, iniziando a prendere piede la necessità di uno sguardo più ampio sul paziente che comprendesse anche la dimensione del vissuto di malattia come *illness*[5], ovvero malattia intesa in senso bio-psico-sociale. Il discorso basato sulla necessità di allargare lo sguardo sulla complessità dell'esperienza di malattia del paziente è molto ricco e si articola in considerazioni non solo di ordine etico (il paziente come soggetto, con una sua anatomia), ma anche di efficacia clinica (il paziente come individuo chiamato in prima persona, soprattutto nella cronicità, a gestire

[4] Zannini L.(2003). *Per una pedagogia narrativa e interpretativa nella formazione degli operatori sanitari*. Arco di Giano, 37: 123-138. e A.Parodi.(2003).*Storie della medicina*. Edizioni di comunità,Torino.

[5] Moja E.A., Vegni E.(2000).*La visita medica centrata sul paziente*. Cortina editore,Milano.

la sua malattia, nella quale entrano fortemente in gioco le sue idee e i suoi vissuti del disturbo). Tuttavia, nonostante queste aperture della medicina odierna alle molteplici dimensioni della malattia, si crede che essa sia costitutivamente una ″questione di corpi″ nella loro radicale materialità: la relazione tra operatore sanitario e paziente è forse prima di tutto una relazione di corpi, così come anche la relazione che il paziente intrattiene con il suo corpo malato è una relazione tra corpi, espressione di un dialogo spesso drammatico tra corpo sano e malato, un prima e un dopo, tra corpo sociale, costruito a partire da modelli culturali, e il corpo che vive e sente il dolore, la malattia. Questo ci porta a considerare come affrontare il tema del corpo in medicina significhi toccare aspetti forse più personali e profondi dell'agire professionale dunque più inesplorati, perché latenti, o considerati argomenti scomodi, spesso taciuti, ma comunque agiti in modo inconsapevole nella pratica assistenziale. Tali aspetti trovano proprio nel corpo il lorо″nodo″ cruciale: la relazione con il corpo del paziente mette fortemente in gioco anche il corpo dell'operatore e richiama il tema dell'intimità, e quindi il tema della sessualità che emerge in molte situazioni assistenziali; pensiamo ad esempio ad attività, quali l'igiene, compiute dall'infermiere sul corpo del paziente o da un educatore sul corpo del disabile, non è possibile pensare che in queste situazioni, di stretto ed intimo contatto con il corpo dell'assistito, l'operatore rimanga un asettico esecutore di tecniche e attività assistenziali o ancora non è possibile che il coinvolgimento che si vive in queste situazioni non ci chiami in causa non solo come soggettività, ma anche come individuo con un corpo, anzi come operatore che a sua volta è corpo, con una sua specifica storia. Riflettere sul corpo, ancora più a monte significa ritornare a considerare il nostro ″essere nel mondo″. Significa anche confrontarsi non solo con gli aspetti espliciti e latenti che entrano in gioco nel rapporto con il corpo dell'altro ma anche con il nostro corpo, con le nostre pre - comprensioni su esso, le nostre paure, le vergogne, l'inevitabile senso di impotenza di fronte alla finitudine che ogni corpo, prima fra tutti il nostro ci impone.

In questo senso è possibile guardare all'esperienza di malattia come un nuovo modo di vivere il corpo a partire dal fatto che il paziente dà un nuovo significato al proprio ″essere -al -mondo″ [6]. Di fronte alla malattia non basta allora un sapere finalizzato

[6] Thomas S.P.(2000). *A phenomenologic study of chronic pain*. Western Journal of Nursing Research, 22(6):683-705

unicamente a rispondere alla domanda su come arginarla. È necessario farsi carico anche di un bisogno più profondo e inespresso che si identifica con il cosa vuol dire vivere questa esperienza[7] ; una domanda che sta dietro ad ogni situazione di disagio e che esprime appunto la necessità da parte del malato di dare un senso a ciò che sta accadendo nella sua vita.

1.1 IL CORPO NELLA SALUTE E NELL'ESPERIENZA DI MALATTIA

L'insorgere della malattia comporta profonde modificazioni nella relazione con il proprio corpo che diventa spesso una fonte di dolore e di problemi, vissuto quindi in modo diverso rispetto alla ″silenziosità″ della salute. Se ci pensiamo è innegabile che il modo in cui normalmente sperimentiamo il nostro corpo è quello della ″dimenticanza″, perché generalmente non facciamo molto caso ad esso mentre ad esempio stiamo camminando, leggendo, andando in bicicletta, parlando con qualcuno. Il corpo in salute è silenzioso: ci accorgiamo del nostro piede soltanto nel momento in cui, dopo essere stati seduti per lungo tempo nella stessa posizione, lo sentiamo ″addormentato″ , oppure ci ricordiamo del nostro stomaco soltanto perché brontola per la fame. Questo per dire che il nostro corpo ci accompagna nella vita di tutti i giorni senza che noi prestiamo attenzione a cosa avviene dentro i nostri organi o al modo di ″essere corpo″. Quindi è senz'altro più difficile descrivere l'esperienza della salute che quella della malattia perché finché stiamo bene non ci occupiamo del nostro essere corporeo nel senso che l'aspetto illusorio che accompagna lo stato di benessere in qualche modo sembra essere paragonabile con questa modalità silenziosa con cui viviamo il corpo in salute.

La malattia invece è senz'altro l'evento che più di qualsiasi altro ci mette di fronte al nostro corpo al punto che il corpo diventa l'unico oggetto di pensiero sia rispetto alla nostra esperienza di malattia sia rispetto al modo in cui attraverso il corpo ci relazioniamo con gli altri. I gesti di tutti i giorni non sono più possibili o non sufficienti per far fronte al nuovo evento sia per il malato sia per chi assolve una funzione di cura, perché la malattia richiede ″sospensione″, è una fermata che ci fa scoprire la nostra

[7] Angelini G. (2000). *La malattia, un tempo per volere. Saggio di filosofia morale*. Vita e Pensiero, Milano.

fragilità. L'insicurezza a volte ci fa regredire e diventare un po' bambini per affidarci alle cure dell'altro, altre volte ci isola perché abbiamo bisogno di difenderci. È in questi momenti che per sottrazione, scopriamo l'attendibilità, la forza, la resistenza, le possibilità del nostro corpo. È infatti in questi frangenti che comprendiamo le nostre potenzialità al punto che una volta attraversata la malattia spesso ci accorgiamo di essere cambiati, di aver recuperato una nuova consapevolezza di noi stessi. Questo perché a volte è proprio in tali periodi di"disfunzione" che si crea una nuova relazione con il nostro corpo e in questi momenti possiamo riflettere sul fatto che la salute non è qualcosa di assoluto e statico ma rappresenta un continuo equilibrio con l'ambiente e che essere in salute significa in pratica possedere una sorta di assicurazione che ci consente di confrontarci con l'imprevisto, a differenza della malattia che restringe questo margine di tolleranza costringendoci a un'unica scelta, quella che i limiti del proprio corpo ci impone. Il mondo improvvisamente sembra comprimersi, accartocciarsi su di sé, lo spazio si rimpicciolisce così come il tempo si contrae, perché si riduce la capacità di relazionarci con il mondo. Il corpo che soffre è un corpo che erige una corazza di protezione nei confronti della realtà e viene a vivere un"tempo proprio" [8], fatto di priorità che viaggiano su binari diversi rispetto al tempo "normale" in cui si muove il mondo. Inoltre nella malattia il corpo sembra farsi"cosa" perché si trasforma improvvisamente nello strumento stesso che infligge la sofferenza. Ogni movimento del corpo così come ogni situazione della vita ci si trovi ad affrontare, diventa occasione per vivere spasmi, fitte, contrazioni, inadeguatezze, fatica, che mettono costantemente di fronte al fatto di non poter più vivere il lusso di un corpo sano che affronta con spontaneità e spensieratezza le cose del mondo perché ogni singolo atto, ogni più piccola decisione anche quella più calibrata e pianificata, diventa occasione per ricordare la disabilità imposta dalla malattia. Ogni giorno ci si rende conto che non *si è* e non *si ha* più il corpo di prima. La difficoltà della malattia consiste proprio nella consapevolezza di questo passaggio. Molte malattie portano inoltre i pazienti a confrontarsi continuamente con i valori personali e sociali e dunque anche con le immagini ideali di corpo della propria cultura di appartenenza [9]. Già in salute il nostro corpo può essere amato o odiato, apprezzato o meno in alcune sue parti. Nella

[8] Minkowski E. (1971). *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*. Einaudi, Torino.
[9] Teleporos G.,McCabe M.P. (2002). *Body image and physical disability-personal perspective. Social Science and Medicine*. 54:971-980.

malattia tutto questo può risultare fortemente amplificato: nel momento in cui il corpo è esposto, si fa ″cosa″ allo sguardo altrui che può essere vissuto come giudicante specie quando si vive una situazione di non accettazione di sé e del proprio corpo. Il sentirsi accettati, riconosciuti e desiderati rappresenta un elemento fondamentale per recuperare la propria identità e dunque il proprio corpo durante la malattia.

1.2 IL CORPO NELLA PRATICA CLINICA

Parlare di corpo in medicina può apparire quasi pleonastico perché in fondo il sapere medico si occupa di restituire la salute all'individuo sconfiggendo la malattia che trova proprio nel corpo il fulcro di ogni interesse e di ogni azione. La medicina costruisce il proprio oggetto di indagine, il corpo, trasformandolo in″corpo medico ″, diverso da come normalmente lo conosciamo, determinando anche un modo nuovo di farne esperienza. Il corpo naturale, quello con cui abitualmente abbiamo a che fare, viene scomposto, osservato ed analizzato nelle sue parti più infinitesimali. La stessa pelle che rappresenta il nostro confine più intimo e che ci consente di interiorizzare sensazioni ed emozioni derivate da oggetti o da relazioni corporee, nel momento in cui viene studiata diventa semplicemente un involucro di un mondo fatto di nervi, muscoli, ossa e vasi sanguigni. La formazione dell'operatore sanitario, che sia medico o infermiere, non richiede solo uno sguardo diverso ma anche un diverso modo di parlare del corpo, un linguaggio in cui si impara ad arrivare al ″nocciolo della questione″ che significa saper ricondurre le caratteristiche della malattia all'interno di precisi scenari diagnostici e quindi avere sufficienti conoscenze rispetto ai meccanismi fisiopatologici, organizzare in modo preciso ed esaustivo le giuste informazioni da comunicare ai colleghi e saper scegliere gli opportuni interventi. Il paziente quindi diventa un″caso″ su cui approntare un intervento medico o infermieristico volto a guarire o quanto meno a gestire al meglio la patologia attraverso precisi e mirati interventi terapeutici e assistenziali. Quello a cui si assiste è un vero e proprio passaggio, una sorta di trasformazione attraverso una serie di atti precisi e codificati che fanno sì che la persona diventi paziente e il suo corpo si trasformi da soggetto sociale a ″oggetto medico″. Nel mondo ordinario, quello sociale, il corpo è investito di tutta una serie di proprietà simboliche, culturali e sociali, che si manifestano attraverso gli abiti, gli odori, le posture. Esso rappresenta una sorta di

″confine indicativo″tra interno ed esterno perché è attraverso il corpo che noi mostriamo od occultiamo i nostri stati interni. Nel passaggio al regno della medicina il corpo viene espropriato di tutte quelle connotazioni soggettive che ne fanno il luogo del proprio sé, del proprio modo di fare esperienza e di vivere nel mondo, per diventare oggetto d'interesse e d'intervento degli operatori sanitari. La trasformazione del corpo che ha luogo nel passaggio dal mondo sociale a quello medico è sin da subito palese: entrare in una struttura sanitaria è di per sé spersonalizzante, spogliandosi dei propri vestiti il paziente si spoglia della sua dimensione sociale e il suo corpo, confinato ormai solo dalla pelle, diventa oggetto medico. Una transizione talmente chiara ed evidente che spesso è il paziente stesso che si toglie tutti gli indumenti anche in visite che non lo richiedono. Ma non è solo un passaggio di spazi e tempi, l'entrata nel mondo medico è regolata anche da un linguaggio proprio e da un preciso modo di intendere la comunicazione. Il paziente deve essere preciso nella definizione dei propri sintomi e attenersi ai linguaggi e alle leggi che regolano il mondo della medicina. Al paziente viene chiesto di spostare la sua attenzione sul corpo in quanto oggetto, e alla domanda ″come sta?″ è richiesta una risposta informativa circa il proprio stato di salute il più possibile oggettiva, senza tenere conto dell'impossibilità di restituire in modo obiettivo ciò che è profondamente intessuto di emozioni, di significati che sono fortemente ancorati al corpo″vivente″, significati di cui spesso lo stesso paziente non è consapevole. I pazienti stessi per primi fanno questa operazione di oggettivazione e di delega totale rispetto al loro corpo nei confronti della medicina e si pongono in una condizione di passività in cui si affidano completamente a chi può dare un nome alla patologia perché spesso la coscienza di essa senza la conoscenza della sua natura può rappresentare qualcosa di veramente alienante. Il sapere medico legittima questa oggettivazione del corpo attraverso un sapere ordinato, chiaro, efficace dove i confini dell'esperienza malata possono diventare netti e distinti. Tuttavia se l'esigenza di definire in modo chiaro, condiviso e riproducibile (e quindi scientifico) l'esperienza di malattia (esigenza che è anche e soprattutto del paziente) è fondamentale, non è possibile ridurre a questa sola finalità l'incontro con l'individuo malato. Non è possibile separare ciò che si vive da come lo si vive, dalla propria storia, dalla simbologia con la quale diamo un senso alla realtà e se è vero che ci si affida alla medicina per rispondere all'interrogativo urgente di avere una diagnosi, è anche vero che la domanda originaria

sul senso che ha vivere questa esperienza forse rimane custodita dentro ognuno di noi. Ecco allora che il conflitto, il senso di distanza che spesso si avverte tra il discorso medico e la percezione del paziente, ha le sua radici proprio in questa spersonalizzazione, in questa eliminazione del contesto di vita, dell'orizzonte di senso che l'evento di malattia vissuto quotidianamente sulla propria pelle può avere per la persona. La stessa esperienza del dolore, che fa vivere in modo così drammatico la presenza a se stessi del proprio corpo al punto da sentirsi imprigionati in esso, viene allontanata. Nel mondo medico il corpo diventa dunque *oggetto* piuttosto che un *soggetto* di indagine anche perché la nostra cultura ci ha portati a pensare in termini distinti corpo e mente, che in realtà si presentano indissolubilmente legati.

Noi non possiamo parlare della natura senza parlare nello stesso tempo di noi stessi [10], così come non si può parlare del corpo senza parlare del paziente che lo abita. Considerare il corpo come una macchina senza vita, un oggetto da ispezionare, frugare, toccare, tagliare, comporta una sostanziale negazione del mondo esperienziale che il malato porta con sé. L'evento malattia, che rappresenta una vera e propria "frattura biografica"[11] nella storia del soggetto, non è solo un fatto di "meccanismi inceppati", ma qualcosa che modifica il modo di vivere della persona e che si rivela strettamente intrecciato al modo con cui si conosce e si abita il mondo cioè al proprio essere "corpo-nel-mondo". La malattia è intimamente legata ad aspetti socioculturali e ambientali che rivelano le interazioni che il soggetto stesso intrattiene con il suo mondo: stili di vita, emozioni, agenti ambientali, abitudini alimentari, esperienze proprie o di altri, che possono generare interpretazioni, paure, desideri, aspettative che il malato porta con sé nel momento in cui si rivolge al sistema sanitario [12]. La medicina tradizionale di fatto sembra non curarsi della dimensione psicosociale dell'esperienza di malattia, la cui comprensione da parte dell'operatore si rivela utile non solo per la corretta indagine diagnostica e un adeguato trattamento terapeutico, con forti conseguenze in termini di adesione al trattamento da parte del paziente, ma soprattutto per una effettiva presa in carico globale del paziente in un'ottica di *care*. Il modello tradizionale biomedico veicola un sapere che certamente ha consentito e consente notevoli progressi nel campo

[10] Capra F.(1995). *Il Tao della fisica*. Adelphi, Milano.
[11] Zannini L. (2001). *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*. Franco Angeli, Milano.p.128.
[12] E.A. Moja, E. Vegni. (2000). *La visita medica centrata sul paziente*. Cortina, Milano.

del miglioramento della qualità della vita dell'uomo, che non è in discussione; tuttavia in esso è innegabile un forte riduzionismo dell'uomo alla sola componente biologica, che rappresenta senz'altro uno dei limiti più evidenti sul quale la medicina stessa ultimamente si sta interrogando. Limitare la patologia alla sola componente organica, come avviene nel modello biomedico, fa sì che l'esperto della patologia sia fondamentalmente l'operatore sanitario: è il medico che detiene il sapere rispetto alla malattia ed è lui che su questa base conduce il processo di indagine diagnostica o di impostazione terapeutica o nel caso del *nursing* , il processo assistenziale. Seguendo questi modelli, la preoccupazione dell'operatore è soprattutto quella di ricercare fatti che convalidino le proprie ipotesi diagnostiche piuttosto che ciò che può disconfermarle, al punto che la stessa presenza del paziente con la propria esperienza di corpo malato, con tutta una serie di vissuti e aspettative, spesso venga avvertita con irritazione. Come sostiene Ian McWhinney, la medicina mostra una sostanziale negazione della componente emotiva legata al ″corpo vissuto″ del paziente, ricorrendo a una oggettività che tiene a debita distanza la soggettività del paziente [13].

Considerare il corpo nella sua interezza ovvero non solo come sostanza materiale ma come intenzionalità, come io-corpo e non come corpo-oggetto, significa aprire la medicina ad una nuova sfida, quella di dar voce a quell'io narrativo che si cela dentro ogni corpo, perché il corpo è memoria, è storia, una storia che nonostante si cerchi di far tacere o di negare, è irrimediabilmente presente nella carne. Questo nelle professioni sanitarie è drammaticamente vissuto ogni giorno sulla pelle sia dei pazienti che degli operatori. La centralità dell'operazione nella pratica assistenziale e la necessità di andare oltre uno sguardo riduttivo della malattia, per coglierla anche e soprattutto nella sua componente di vissuto, di *illness*, ha aperto la medicina a nuove riflessioni e proposte. Per cogliere quest'esperienza, che è l'esperienza di un corpo che parla di sé anche oltre le parole, è necessaria una medicina che non si proponga di *spiegare* fatti, ma di *comprendere* il significato che si cela dietro di essi perché,come afferma Galimberti, ″il *fatto* non è in grado di esprimere da sé il suo *significato*″[14]. Significare è indicare qualcosa che trascende il fatto, che si scopre non analizzando le modalità con

[13] Rudebeck C.E. (2000). *The doctor, the patient and the body*. Scandinavian Journal of Primary Health Care.18:4-8.
[14] Jaspers K. (1991). *Il medico nell'età della tecnica.* Cortina.Milano.8-10.

cui il fatto accade, ma il senso a cui il fatto rinvia. Per questo fatti fisiologici considerati in se stessi, ci sono, ma non *significano* nulla. Il corpo che li registra è puro organismo, è *cosa*, non *intenzionalità* dispiegata in un mondo"[15]. Queste parole sembrano farci cogliere quanto sia davvero necessario partire dal corpo per parlare della malattia nella sua multidimensionalità. Comprendere l'esperienza di malattia è un processo che va al di là della semplice elaborazione di informazioni a partire da un determinato quadro sintomatologico, è un atto che non si riduce solo all'identificazione della causa che ha prodotto un fenomeno per ricondurre attraverso un processo lineare quella causa all'interno di categorie astratte (la patologia). Rimanere su questo piano significa, ancora una volta, considerare il corpo-paziente come una cosa, considerare in altre parole "l'anatomia, la fisiologia dell'uomo" [16] non l'uomo nella sua complessità. E coloro che operano in ambito sanitario sanno bene, invece, quanto la pratica clinica ed assistenziale faccia i conti in ogni momento con la particolarità e l'unicità della persona. Anche alla base del comprendere risiede la domanda"perché", ma questa "non rinvia a una *causa* ma a un *senso*"[17]. Porsi in questa prospettiva significa far entrare l'alterità nella relazione assistenziale a partire dalla quale costruire insieme un piano terapeutico personalizzato e condiviso. In altre parole, significa decidere che se lo scopo della medicina "è la lotta contro la specifica patologia, non la salute del paziente, è il soggetto che si adatta al metodo di cura: non per niente si dice che il paziente è stato inserito in quel protocollo", ma se la finalità dell'atto di cura è la restituzione alla persona di una progettualità nel mondo a partire da una particolare situazione che si realizza attraverso una presa in carico globale della persona, allora "non è la persona che si adatta la metodo, ma il contrario è quest'ultimo che considera l'alterità della persona" [18]. Comprendere il malato significa considerare l'altro non come un 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, che derivano proprio dalla complessa e spesso intricata rete di rappresentazioni e di simbologie che fanno parte della sua storia. Comprendere significa sapere raccogliere queste rappresentazioni e

[15] Galimberti in *Il medico nell'età della tecnica* di K.Jaspers.10.
[16] Manara D.F(2000).*Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*. Lauri Edizioni. Milano.34.
[17] Galimberti in *Il medico nell'età della tecnica* di K.Jaspers.9.
[18] Manara D.F.(2000).*Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*. Lauri Edizioni. Milano.41.

restituirle in un quadro che dipinga il senso che quella malattia ha per quel soggetto e questo è possibile soltanto attraverso un sapere di tipo narrativo e interpretativo proprio delle scienze umane che ultimamente sempre più viene riconosciuto come un paradigma importante anche nel sapere medico (Zannini,2001).

Far entrare il corpo nella sua totalità e complessità nella pratica sanitaria significa farlo entrare con la sua *storia*, significa riconoscere uno ″spazio narrante″ che richiede competenze di comprensione e di ascolto attraverso le quali creare la condivisione di un'intimità che consenta al paziente di comprendere se stesso, una volta per tutte, come soggetto-nel-mondo[19].

[19] Zannini L.(2009).*Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*. della Formazione. Franco Angeli.1,22-52.

CAPITOLO 2

IL GESTO TERAPEUTICO E IL CONTATTO

La comunicazione attraverso il contatto è la forma di comunicazione più remota, ancestrale, vissuta e sperimentata da ciascuno sin dal grembo materno: fin dalla nascita silenziose domande e bisogni rivolti al mondo circostante ricevevano come risposte sensazioni di appagamento o frustrazione, di gioia o di dolore. Purtroppo da adulti questa competenza comunicativa e percettiva non sempre ci appartiene consapevolmente [20]. Il linguaggio del corpo, il contatto e l'importanza del senso del tatto sono stati oggetto di numerosi studi: in letteratura si rintracciano studi che mettono in relazione il tocco e la malattia, anche se molto spesso si riferiscono al massaggio come tecnica con finalità terapeutiche. Il tatto è un senso totale e totalitario, che ci avvolge completamente, rivelando tanto della nostra interiorità, offrendoci un motivo in più per considerare con particolare attenzione la pelle dei pazienti. La cute infatti può essere intesa come una grossa superficie proiettiva, sulla quale processi somatici e psichici diventano visibili (Bottaccioli, 2006; Dethlefsen e Dahlke, 2007). Il toccare e il massaggiare rispondono perfettamente a questa richiesta di attenzione e rappresentano metodi di cura antichi, forse tra i primi nella storia dell'umanità. In un recente studio si è rilevato che più dell'85% delle cure infermieristiche prevede il ricorso al tocco (Grousset, 2009) [21].

Come abbiamo detto il corpo rappresenta il nostro primo contatto con il mondo. È anzitutto attraverso il corpo che iniziamo e sviluppiamo le nostre relazioni: per un corpo che comunica ne occorre un altro che sappia fare spazio ai segnali che riceve, che sappia essere "ponte" anche quando l'altro sembra essere difficilmente raggiungibile e comprensibile. Quando il corpo diventa un corpo malato la relazione, prima naturale, si confonde, si altera, si complica. In una condizione di malattia, di sofferenza, di mutilazione, il corpo si trasforma, la recettività relazionale si stabilisce su canali diversi dal solito. Con differente gradualità, viene ammessa e tollerata una sorta di "invasione

[20] Bonacini F.,Marzi A.(2005).*Il tocco come cura.* La rivista italiana per le cure palliative,4,44-45.
[21] De Luca E., Luana Papaleo.(5/6 2010). *Il nursing del contatto:l'esperienza del tocco e l'affettività nelle cure infermieristiche.* L'infermiere,39.

esterna" rispetto al proprio corpo (si pensi agli esami diagnostici e alle manovre terapeutiche) e alle relazioni che esso continua a stabilire. Alcune di queste relazioni divengono obbligate, non desiderate o non richieste. Per queste ragioni, il lavoro di chi assiste richiede un uso consapevole dei sensi, in particolare del contatto corporeo. La mano di chi assiste può divenire così "orecchio psico-tattile", in ascolto del bisogno dell'altro. I gesti principali di questa mano, che comprendono movimenti funzionali, espressivi o di conforto, possono produrre nella persona un aumento delle risposte positive, perché sostengono la sua vulnerabilità fisica ed emotiva. Una mano prudente e rispettosa, che sa toccare comunicando e sa modulare, attraverso il tocco, diversi gradi di empatia a seconda del bisogno della persona, conferma alla persona che si ha cura di lei [22].

Il *touch* (letteralmente Tocco) è una parte integrante nel nursing: viene utilizzato molte volte durante l'assistenza, per aiutare il paziente nelle attività di vita quotidiana , nella terapia, ma anche come parte integrante della comunicazione [23]. Il contatto, come parte della pratica assistenziale, ha iniziato a diminuire negli ospedali quando la gestione del tempo e la tecnologia hanno assunto priorità rispetto al contatto individuale con il malato. Bisogna rispettare i piani e i tempi per far lavorare la macchina in modo efficiente, non fermarsi e correre, questo è quello che ci viene trasmesso dalla società. Invece bisognerebbe dedicare tempo in più, soffermarsi, osservare, valutare ed ascoltare. Molte volte invece i gesti sono frettolosi, sbrigativi, fuggevoli, se non addirittura umilianti, freddi e minacciosi, rischiando di offendere e magari di procurare altra sofferenza e senso di solitudine. Bisogna fermarsi a riflettere sul fatto che la richiesta può essere anche solo di una mano che si posi, si soffermi, aspetti, rispettosa e che c'è un accompagnamento che si modula anche attraverso un contatto psico-tattile.

Bisognerebbe prendersi del tempo per capire questa disponibilità, per entrare in "punta di dita" nella relazione con l'altro in un contesto di consenso e rispetto della dignità e volontà della persona.

In tutto questo l'infermiere, insieme all'operatore socio-sanitario e al medico, continua ad essere colui che più di ogni altro tocca il malato: ogni azione assistenziale, ogni gesto

---

[22] Bonacini F., Marzi A.(2005).*Il tocco come cura.* La rivista italiana per le cure palliative,4,44-45.

[23] Zannini L.,(2009). *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica.* Clinica della formazione, 78.

di cura instaura un contatto intimo con il corpo. "Nell'auscultare un torace, nel medicare una lesione da decubito, nell'esplorare l'addome del malato, nell'occuparci delle cure igieniche, nel massaggiare, possiamo inviare messaggi di vicinanza o distanza, di disponibilità o chiusura, di rassicurazione o insicurezza, possiamo rimandare all'esperienza del contenimento e del sostegno o della prevaricazione e della violenza. Il toccare presuppone fiducia che va costruita insieme, pazientemente, amorevolmente, e che è il contrario della paura" [24]. L'infermiere quindi utilizza il tocco come parte della cura, stimolando anche così la sicurezza dell'assistito e limitando anche il disagio e il dolore durante tutte le manovre invasive e non [25].

2.1 LA FISIOLOGIA DEL CONTATTO

Il termine "con-tatto" ci riporta a un organo di senso quindi all'aspetto anatomico, organico del toccare la pelle.

Come è noto, sulla pelle sono presenti diversi tipi di recettori sensoriali, tra cui sono diffuse molte terminazioni nervose libere, piccoli filamenti che danno la sensazione del tatto grossolano, della pressione, del dolore, del caldo e del freddo. Nella cute sono presenti anche dei recettori specializzati per avvertire la pressione e il tatto, i corpuscoli di Meissner e alla base di ogni pelo c'è un recettore che permette di avvertire anche la più leggera pressione sul pelo stesso. La fisiologia di base ci insegna che gli stimoli sulla pelle vengono avvertiti da queste particolari terminazioni nervose che generano impulsi che vengono trasmessi tramite i nervi al midollo spinale. Qui le fibre nervose si ramificano: alcuni rami terminano nel midollo spinale, altri raggiungono il tronco dell'encefalo, il cervelletto, il talamo e la corteccia cerebrale. Quando i segnali sensitivi raggiungono il talamo cominciano a entrare nella sfera della coscienza: viene localizzata grossolanamente la loro origine nel corpo e si riconosce una sensazione che può essere pressione, caldo, freddo, dolore. Per una localizzazione molto precisa degli stimoli e per apprezzare la loro qualità, i segnali devono arrivare alla corteccia cerebrale. Quando l'operatore, che sia infermiere, medico o altra figura professionale tocca il paziente, si

[24] Bonacini F.,Marzi A..(2005).*Il tocco come cura.* La rivista italiana per le cure palliative,4,44-45.
[25] De Luca E.,Papaleo L.(5/6 2010). *Il nursing del contatto:l'esperienza del tocco e l'affettività nelle cure infermieristiche.* L'infermiere,39.

attiva un circuito neurofisiologico che raccoglie le informazioni dal mondo esterno e le trasporta all'interno del suo sistema nervoso fino ad arrivare alla corteccia dove lo stimolo viene riconosciuto: in questo caso la mano dell'operatore diventa lo stimolo esterno da cui partono i segnali che arrivano al sistema nervoso centrale del paziente attraverso le vie della sensibilità esterocettiva; anche nell'operatore però si attiva lo stesso circuito neurofisiologico. In questo caso le informazioni provengono dal tessuto cutaneo del paziente e arrivano al sistema nervoso centrale dell'operatore: qui le informazioni vengono elaborate in base alle conoscenze e all'esperienza del professionista e diventano utili ai fini del trattamento terapeutico. Si dice infatti che il *Tatto* è il senso della reciprocità immediata: non si può toccare senza essere toccati; è l'unico senso che funziona in questo modo. Infatti il circuito neurofisiologico della sensibilità viene attivato in entrambi gli attori dell'interazione (paziente e professionista) e questo permette una elaborazione delle informazioni che hanno una diversa valenza per i due soggetti: l'operatore le raccoglie per usarle ai fini del trattamento (zone dolenti, di ipersensibilità o di iposensibilità, di edema, di flaccidità, di tensione, di calore, di fibrosi, di lassità, ecc.); il paziente, attraverso l'attivazione del circuito della sensibilità, prende coscienza dell'azione del professionista in termini di sensazioni di benessere, di rilassamento, di trazione, di pressione o anche di dolore.

Quando due persone si toccano si instaura un dialogo sensoriale e terapeutico ai confini del corpo, perché la pelle, nella sua totalità, può essere immaginata come il confine del proprio corpo. Oltre a stimolare le vie della sensibilità, con il "contatto" corporeo si incontra una persona diversa da sé, si entra nella sfera intima dell'altro. Quando parliamo in intimità ci riferiamo a una condizione di particolare vicinanza fisica e/o emotiva fra due esseri umani. L'operatore stabilisce una relazione con il proprio paziente ma per poterlo fare deve avere come condizione di base la percezione di sé e quindi autoconsapevolezza. Dalla percezione di sé nel "qui ed ora" il professionista procede verso la consapevolezza dei confini e delle differenze tra "sé" e "l'altro da sé" che e' il suo paziente. In questo modello di relazione l'Io incontra il Tu, la relazione viene vista e vissuta come "processo" e come tramite per veicolare la cura, la terapia [26].

[26] Zannini L.(2009).*Il corpo-paziente. Da oggetto di cure a soggetto della relazione terapeutica*. Clinica della formazione. Franco Angeli.

L'operatore si pone in modo empatico rispetto al suo paziente e dialoga con lui sia con le parole che con l'azione delle sue mani. Nella relazione "fisica" con il paziente entrano in gioco diversi aspetti: si può essere invadenti o comunque, il paziente può sentirsi invaso, oppure con alcune manovre di massaggio, può dare la sensazione di piacere, quindi di benessere, o ancora si può dare sensazioni non piacevoli come dolore o bruciore e quindi scatenare delle difese fisiche e psicologiche. Il contatto corporeo diventa una forma di interazione e come in tutte le comunicazioni c'e' un emittente, un ricevente, un messaggio da trasmettere, un codice di trasmissione e un contesto in cui avviene la comunicazione. Questo tipo di comunicazione "corporea" può rientrare nella comunicazione non verbale o analogica. Va detto che ogni comunicazione ha un aspetto di "contenuto" e uno di "relazione", in genere l'aspetto di contenuto viene trasmesso con un modulo numerico, cioè attraverso le parole, e l'aspetto di relazione viene trasmesso attraverso il modulo analogico, cioè attraverso il linguaggio del corpo [27].

2.2 IL CONTATTO NELLE VARIE CULTURE E I SUOI TABU'

Una caratteristica del contatto fisico è la sua varietà nelle diverse culture. Ci sono notevoli differenze culturali relative alle quantità e al tipo di contatto. Gli antropologi fanno distinzione fra culture con frequenti contatti fisici e culture prive di contatti fisici. Il primo gruppo comprendente gli arabi, i latino-americani, gli europei del sud (greci, turchi) e parecchie culture dell'Africa. Sembra che i nord-Americani come i Giapponesi rappresentino culture che utilizzano un modesto contatto fisico. In Giappone, nei luoghi pubblici si osserva poco contatto fisico, neppure una stretta di mano; d'altro canto il contatto è accettato sui treni e autobus affollati dove le persone dormono appoggiandosi le une contro le altre. Anche in privato si osserva una gran quantità di contatto fisico (tenersi caldo d'inverno,dormire, fare il bagno insieme). C'è meno intimità che in molte altre culture e il fatto di dormire nella stessa stanza o fare il bagno insieme non ha le stesse implicazioni sessuali che assume altrove. Le aree geografiche dove è tipica la cultura del contatto fisico sono l'America Latina, il Costarica in particolare, e i paesi Arabi, dove il contatto avviene principalmente fra persone dello stesso sesso e le donne

[27] Valente A., (2009), *Neurofisiologia del contatto,*www .La pelle. It..

non vengono assolutamente toccate in pubblico. Anche gli Afro-Americani fanno ampio ricorso al contatto fisico. C'è un'importante differenza nel significato del contatto in alcune di queste culture ad alta frequenza di contatto fisico. Il contatto corporeo fra membri dello stesso sesso è visto semplicemente come espressione di amicizia, non contiene implicazioni di carattere sessuale, né indica un grande livello di intimità come è invece il caso in Inghilterra o negli Stati Uniti [28].

La paura del contatto può essere legata ad alcuni *tabù sociali* che limitano il contatto corporeo a poche intime situazioni, riservandolo a partner , a figli e genitori e a pochi altri soggetti. E' improbabile nella nostra società abbracciare o toccare una persona che incontriamo per la prima volta e se lo facessimo potremmo imbarazzare non poco l'altro e incuriosire gli eventuali osservatori [29]; infatti nelle relazioni con estranei e in posti pubblici il contatto corporeo è raro. Ci sono numerosi contatti tra la folla e sui mezzi pubblici, ma ciò non è socialmente definito come toccare. Numerosi professionisti toccano le persone durante il loro lavoro: medici e infermieri, sarti, commessi, estetisti; tuttavia questo tipo di contatto è neutralizzato e definito come non sociale, per quanto possa benissimo essere gradito socialmente da qualcuno di quelli che lo mettono in atto e che lo ricevono [30]. In contesti culturali vicino a noi può capitare che non solo non si "devono" toccare gli estranei, ma spesso neppure i conoscenti, se non in particolari situazioni altamente emotive e ritualizzate quali ad esempio matrimoni, funerali, vittorie sportive. Se poi coloro che hanno un contatto sono due individui di sesso maschile, sia pure padre e figlio o fratelli, si nota che il gesto - peraltro raro - è spesso appena accennato, energico piuttosto che affettuoso, e non privo di imbarazzo. Eppure, presso alcuni popoli è proprio l'abbraccio la forma appropriata di saluto, quando non il bacio sulle labbra. Già da questi pochi cenni si può capire il grande potere dei tabù che circondano questo gesto. Vediamone dunque i principali. Alla base di tutto il *tabù della sessualità*, che tende a limitare a priori ogni forma di contatto corporeo, essendo per

[28] Argyle M.,(2008).*Il corpo e il suo linguaggio. Studio sulla comunicazione non verbale.* Zanichelli,4,60-61.

[28] Cheli E. *La comunicazione del cuore per un recupero del contatto corporeo e dell'abbraccio.* Comunicazione e relazioni interpersonali. Università di Siena.

[30] Argyle M.,(2008).*Il corpo e il suo linguaggio. Studio sulla comunicazione non verbale.* Zanichelli,14,212-213

molti versi il nodo da cui si originano anche gli altri tabù. Poi abbiamo il *tabù dell'omosessualità*, che tende a limitare specificamente il contatto fisico e l'abbraccio tra persone dello stesso sesso, un tabù molto forte sopratutto per i maschi, che vedono l'abbraccio come qualcosa di effeminato, che non si confà al ruolo di soggetto forte e sicuro di sé che viene loro prescritto nelle nostre società. Infine il *tabù dell'incesto*, che induce molti genitori a tenere a distanza i loro figli e a limitare le occasioni e l'intensità dei contatti corporei con essi; nei migliori dei casi, vi è una certa vicinanza corporea durante la prima infanzia, che poi però si riduce di molto man mano che i figli crescono [31]. Secoli e secoli di culture e religioni repressive nei confronti del corpo e della sessualità hanno portato la maggior parte delle persone a credere che tutto ciò che è *contatto corporeo* - abbraccio compreso - sia automaticamente *sessuale*. A partire dagli anni '60 vi è stata, come sappiamo, una profonda rivoluzione nei costumi, che ha in parte riabilitato e liberato la sfera sessuale; tuttavia è rimasta quasi intatta l'idea che l'abbraccio sia sempre associato in qualche misura al sesso. Ciò però non è generalmente vero: tutto dipende dall'atteggiamento interiore di coloro che si abbracciano; certo, in passato la sessualità era talmente repressa che un qualsiasi contatto corporeo poteva suscitare eccitazione, ma ciò era una conseguenza appunto del clima repressivo, non certo una valenza intrinseca dell'abbraccio. Il corpo non esprime solo sesso, ma molto, molto di più, e con un abbraccio si possono comunicare e condividere emozioni, sentimenti, gioia di vivere, compassione, calore umano, amore filiale, amicizia, senso di fratellanza e tante altre cose che non hanno niente a che vedere col sesso e che rappresentano aspetti tra i più belli e nobili della natura umana.

Non sono solo i tabù sessuali che ci precludono l'abbraccio: vi sono anche le nostre paure e diffidenze verso gli altri, che spesso immaginiamo potenzialmente ostili o comunque maldisposti nei nostri confronti. Molte persone hanno una idea del mondo come di un luogo ostile, pericoloso, dove è bene fidarsi di pochissime persone, tenendo le distanze da tutti gli altri; eppure, avvicinarsi con un abbraccio potrebbe far capire, meglio di qualunque discorso, quanto in realtà i tanto temuti "altri" sono esseri umani come noi, che magari hanno a loro volta gli stessi nostri timori. La paura dello sconosciuto, dell'ignoto è sempre stata la *paura numero uno,* la madre di tutte le paure e

[31] Bolmida P. (1992).*Considerazioni sul tabù del toccare*. Bollettino dell'Istituto italiano di micropsicoanalisi N. 12, Tirrenia Stampatori.

c'è un solo modo per vincerla: avventurarsi nell'ignoto e conoscerlo, così che esso diventa "noto" e quindi non più temibile [32].

2.3 IL SIGNIFICATO DEL CONTATTO

Il più elementare significato del contatto fisico è forse quello di offrire o di stabilire un legame interpersonale, qualcosa di analogo a uno sguardo diretto o a un movimento in avvicinamento. Tuttavia il contatto fisico implica anche invasione dell'intimità personale ed esposizione all'aggressività oppure alla sessualità. Il contatto ha due principali dimensioni di significato: cordialità e dominanza. Major e Heslin hanno condotto uno studio i cui risultati fanno notare che la persona che tocca viene considerata in possesso di status più elevato, sicurezza e cordialità, mentre la persona toccata è ritenuta meno provvista di questi elementi [33]. Nell'esperienza terapeutica il contatto si traduce come dis-ponibilità ed es-ponibilità di entrambi i soggetti dell'interazione e significa porsi letteralmente in condizione decentrata da sé ed esposta all'altro nella relazione. La relazione terapeutica si sostanzia nel bisogno di un corpo sofferente e nelle possibilità di un corpo terapeutico; in questo caso il contatto delinea il processo di un *con-figurarsi*,l'insieme di due corpi sensibili che su due versanti del contatto si rappresentano ciascuno a sé, e l'uno all'altro. Ogni contatto scava oltre la superficie, diventa un *imprimersi:* il tocco dell'altro non è solo un urto fisico: esso penetra gli strati della corporeità, generando l'intima sensazione di sentirsi toccati. Esso si fa affezione, contatto che colpisce, perturba lo stato di quiete del corpo, determinando un orientamento attivo e privilegiato alla presenza dell'altro: il tono indifferente della presenza in sé si fa *tonalità* della relazione all'altro. Nell'ambito del volere, la tonalità di relazione ha il senso di una *predisposizione*, ossia una tendenza soggettiva, una

[32]Cheli E. *La comunicazione del cuore per un recupero del contatto corporeo e dell'abbraccio.* Comunicazione e relazioni interpersonali. Università di Siena.

[33] Argyle M.,(2008).*Il corpo e il suo linguaggio. Studio sulla comunicazione non verbale*. Zanichelli,14,221-222

propensione a muoversi all'interno di un continuum di possibilità fra il puro seguire e il puro imporre [34].

2.4 MODALITA' DI TOCCO E CONTATTO

2.4.1 I TIPI DI TOCCO [35]

- **Il tocco accidentale**

Il contatto fisico viene detto accidentale quando avviene senza alcun tipo di intenzionalità o scopo cosciente; è generalmente di natura spontanea come un momentaneo scontro tra due persone che si incrociano di sfuggita o del contatto che avviene tra persone confinate in spazi piccoli o affollati come ascensori e metropolitane. Tale casualità potrebbe in alcuni casi recare una sensazione di disagio e di ansia come conseguenza di un'intrusione nella zona di agio fisico della persona; sensazione che peraltro può insorgere anche senza coinvolgimento di un contatto fisico diretto, come può avvenire durante una conversazione nella quale l'interlocutore si colloca ad una distanza minore rispetto a quella tollerata. La maggior parte delle persone vive come se intorno al proprio corpo esistessero dei recinti invisibili che aiutano a regolare le distanze con il prossimo per garantirsi un senso di sicurezza e di agio. Ogni persona possiede infatti uno spazio personale, un'area intorno al corpo che considera propria , entrare in quello spazio è come toccare la persona.

[34] Migliorino N.,(2010).*Il gesto terapeutico. Forma e contatto*. Vita emotiva e formazione.Franco angeli,7,136-137.
[35] Giusti E., Germano F.(2003).*Etica del contatto fisico.in psicoterapia e nel counseling*. Sovera,2,29-30.

- Il tocco di attenzione

Viene essenzialmente usato per aiutare una persona a focalizzare la concentrazione su un determinato comportamento o su una specifica situazione. Questo tipo di azione è dunque di natura funzionale e le circostanze nelle quali può essere adoperato sono le più svariate: facilitare un feedback, verbale o non verbale, indirizzare un'interazione verso una meta specifica; enfatizzare un aspetto del proprio discorso e quindi come gesto di accompagnamento; aiutare una persona, che si trova in uno stato emozionale incontrollabile, a focalizzare la sua attenzione sul bisogno di ristabilire un senso di stabilità.

-Il tocco finalizzato

Questo tipo di tocco accompagna l'attuazione di attività relative ad un determinato compito o al raggiungimento di uno scopo. Esempi possono essere l'offerta di una mano nell'aiutare una persona ad alzarsi, stringerle un braccio intorno alla spalla per prevenirle la caduta o stringere garbatamente il polso per misurarne i battiti. Ciò che caratterizza questa modalità di tocco, è una precisa definizione e chiarezza rispetto al suo impiego: come toccare il cliente, su quale parte del corpo, quando e in alcuni casi per quanto tempo. Tutto questo viene prescritto per delle finalità terapeutiche.

2.4.2 LA QUALITA' DEL CONTATTO [36]

- L'ampiezza

Nella qualità ampia del contatto la mano è distesa e aperta alla ricerca della maggior superficie di contatto, di un'aderenza completa. L'ampiezza del contatto non è mai omogeneamente diffusa ma possiamo rilevare aree di contatto differenziate sia per la forma della superficie di contatto, sia per il grado di pressione esercitato. Non c'è area per quanto piccola della mano che non svolga un proprio ruolo nella sensibilità e nell'efficacia del contatto complessivo. L'ampiezza non è da intendersi solo in termini

[36] Migliorino N.,(2010).*Il gesto terapeutico. Forma e contatto*. Vita emotiva e formazione.Franco angeli,7,137-138.

di superficie di contatto assoluta, ma anche nei termini relativi di come si interpreta un certo tipo di contatto. Per esempio, un contatto con la falange distale del pollice può risultare puntuto e aggressivo se applicato con la punta del pollice, mentre può risultare ampio e gradevole se applicato appoggiando morbidamente l'intero polpastrello. Nel versante del paziente, il contatto ampio viene vissuto soggettivamente come accogliente, avvolgente e capace di guida. Egli sente di potersi fidare e lasciarsi andare alle forze mobilizzanti e alle sensazioni associate. Per questo motivo, che pone il paziente nelle condizioni migliori di ricettività e disponibilità al cambiamento, il contatto ampio è una qualità da garantire sistematicamente in ogni atto terapeutico.

-La forma

La mano è un organo poliedrico, essendo composta da diverse aree, ciascuna delle quali possiede proprietà morfologiche, fisiche e relazionali peculiari. Si possono riconoscere così differenti forme di contatto a seconda dell'area manuale utilizzata.

Il *palmo* della mano distribuisce le proprie sollecitazioni su un'ampia superficie corporea. Le dita distese prolungano funzionalmente la superficie del palmo, permettendo un'interfaccia di contatto più ampia possibile.

I *polpastrelli delle dita II-IV* sono uno strumento d'azione efficace e sensibile allo stesso tempo. L'azione dei polpastrelli può essere di aggancio tirante, frizione e pressione, con cui si favorisce lo scollamento e lo scorrimento meccanico fra i diversi piani di tessuti, modificazioni vascolari locali, l'inibizione di contratture riflesse.

Il *polpastrello del pollice*, rispetto alle altre dita, è capace di esprimere una forza pressoria molto maggiore, quindi rischia di risultare un contatto aggressivo. Per questo è necessario usarlo con tutta la superficie della falange distale.

La base del pollice, o *eminenza tenar*, genera un contatto focale efficace e sensibile. La sua superficie relativamente ampia, uniforme e morbida favorisce un contatto gradevole, privo di asprezze e pressioni eccessive.

L'*eminenza ipotenar*, il rilievo carnoso posto alla base del mignolo sulla faccia palmare della mano, si adatta bene a esprimere sollecitazioni impegnative su sedi particolarmente rigide. Inoltre per la sua conformazione allungata, si adatta bene come appoggio sulle strutture lunghe, come per esempio il corpo di una costa.

-Il tono

Un altro aspetto costitutivo essenziale della qualità del contatto manuale è il suo tono, avvertibile come l'intrinseca consistenza fisica con cui si presenta al contatto. Allo stesso tempo, e senza distinzione, il tono è "tono di presenza" personale, con cui si esprime uno stile di "presa". In questo senso possiamo riconoscere gradi e stili di presa. In riferimento al criterio del *rispetto* , il tono del contatto deve garantire una propria sensibilità, essere quindi un tono attivo-recettivo, capace di rappresentare in ogni momento "il senso della situazione" del corpo del paziente, nella sua capacità di assorbile le sollecitazioni manuali, e di adattarsi a esse. I caratteri tipici del tono di contatto rispettoso sono la delicatezza, la morbidità, l'adattabilità del tocco.

In riferimento al criterio dell'*efficacia* , il tono del contatto dev'essere capace di produrre il cambiamento desiderato all'interno di tessuti rigidi, contratti, mal posizionati. Il tono efficace non è tanto una questione di forza, quanto di "penetranza": il tono denso della mano attraversa in modo coerente i vari strati corporei senza farsi disperdere dalla resistenza dei tessuti, fino a raggiungere lo strato e l'organo mirato, e lì esprimere la propria azione efficace di pressione, pensionamento, scorrimento, torsione.

A questi tipo di contatto si applica il criterio di efficacia che aggiunge il "senso del cambiamento", ossia la capacità di avvertire gli indizi che segnalano le trasformazioni del corpo del paziente: l'ammorbidirsi di una durezza, il cedimento di una tensione, una più libera disponibilità al movimento. Rispetto ed efficacia sono perciò due criteri correlati: ciascuno di essi non può essere assunto senza garantire allo stesso tempo l'altro come complemento necessario. In chiave terapeutica, non si può essere rispettosi se non in una prospettiva di cambiamento, né si può essere efficaci se non nel rispetto dell'integrità a delle possibilità adattative del corpo del paziente. In tal modo rispetto ed efficacia regolano la variabilità di espressioni di un tono terapeutico costantemente adattabile.

È solo a partire dalla capacità di integrare l'espressione tonica propria e l'assunzione tonica dell'altro all'interno della relazione intercorporea, che il terapista può instaurare, e condividere con il paziente, l'esperienza di una *sin-tonia"* nel più pieno senso del termine. In mancanza di tale integrazione riflessiva, che permette un'analisi consapevole del tono corporeo sperimentato in sé e nell'altro, i concetti suggestivi di sintonia e di dialogo tonico, che denotano il bisogno di liberare l'esperienza dalle angustie di un approccio scientista, sarebbero destinati a rimanere vaghi e fumosi, privi di incidenza critica nel vivo dell'esperienza stessa [37].

2.5 L'UTILIZZO DEL TOCCO NEL NURSING

2.5.1 CURARE CON IL TOCCO

Quindi come si può dedurre, il Tocco potrebbe essere uno degli aspetti centrali di cura, ma questo non succede perché il tocco utilizzato il più delle volte non è intenzionale o deliberato ma puramente casuale legato alle tecniche di assistenza prestate al paziente. Tuttavia ci sono volte in cui gli infermieri usano un tocco intenzionale in modo tale da offrire conforto, promuovere la guarigione e prendersi cura. L'abilità degli infermieri di fornire un tocco intenzionale e confortante è condizionata dall'attuale stile di vita con ritmi veloci e ospedali con carenze di personale dedicato all'assistenza sanitaria. Questo clima ha come risultato una generazione di infermieri che presentano segni di burn-out e trovano i loro lavori stressanti [38].

Nel campo della cura sembra che l'amplificarsi della tecnologia in grado di scrutare la persona fin nei minimi dettagli abbia prodotto una difficoltà crescente nel curante di instaurare con il malato una relazione mediata dai sensi e caratterizzata da quella fisicità richiesta dal processo di cura.

Toccare è comunicare a tutti gli effetti, è accogliere l'altro riconoscendolo nella sua individualità (individuo = non diviso) e confermandolo nel suo esistere. H. Van Der

[37] Migliorino N.,(2010).*Il gesto terapeutico. Forma e contatto*. Vita emotiva e formazione.Franco angeli,7,139-140.

[38]Connor A., Howett M.(2009).*A conceptual model of intentional comfort touch.* Journal of Holistic Nursing, 2, 127,130.

Bruggen distingue fra toccare *Gnostico* e toccare *Pathico*. La palpazione che effettua il medico ha i caratteri dello gnostico: il medico vuole sapere. Le dita sulla pelle cercano verità nascoste, scrutano i segreti del corpo del malato. È una mano che spezza le barriere cognitive e affettive. Così come la mano dell'infermiere realizza un toccare tecnico finalizzato al gesto che sta compiendo; spesso questo gesto è invasivo sul piano fisico e metafisico (invasione dell'intimità). La carezza dice Bruggen, realizza il contatto *Pathico* per eccellenza. Le dita non vogliono sapere, ma è come se volessero conservare la capacità del corpo di custodire i propri segreti. La mano che accarezza non spezza barriere ma avvolge, accoglie, riceve. Toccare è accogliere e ricevere intenzionalmente. Se esiste questa intenzionalità, qualunque contatto con il corpo del malato (un'iniezione, le cure igieniche, una medicazione, una visita medica), si trasforma in una occasione di riconoscere non un corpo, ma una soggettività [39].

Il tocco disimpegnato sfida l'abilità degli infermieri a mantenere il loro centro sulla persona e sugli aspetti umani della cura. Anche quando gli infermieri valutano gli effetti della terapia e li forniscono come parte della loro cura ordinaria, ci sono volte in cui si trovano faccia a faccia con situazioni o pazienti che non sanno come gestire e di conseguenza per difendersi usano le distanze ed effettuano procedure di cura più orientate a una strategia di adattamento allo stress. In alternativa generalmente, il Tocco consapevole è una via per calmare, rassicurare e incoraggiare i pazienti, per diminuire lo stress fisico, psicologico e l'angoscia. Trasmette fiducia, migliora l'abilità del paziente di adattamento allo stress e promuove l'auto-accettazione. Gli studi suggeriscono che il Tocco è un beneficio per alleviare l'ansia e in una ricerca qualitativa con pazienti anziani, Edvardsson (2003) discute l'importanza del tocco intenzionale e come questo trasforma infermieri e pazienti. Quando gli infermieri forniscono un tocco intenzionale ai loro pazienti, improvvisamente percepiscono il proprio valore come persone e come professionisti e scoprono come loro non sono più impotenti. Gli infermieri sentono un potere insito al tipo di contatto che gli offre la possibilità di alleggerire la sofferenza. In aggiunta, l'esperienza del tocco terapeutico trasforma il modo in cui l'infermiere guarda il suo paziente. Piuttosto che vedere un paziente esigente, l'uso del tocco intenzionale aiuta gli infermieri a vedere le persone come esseri umani esattamente come se stessi.

[39] Mele C. (2008). *Nell'assistenza infermieristica l'utilizzo del contatto fisico, tocco-massaggio può essere di aiuto per ridurre i sintomi psicofisici nel malato?.* 25(1), 6.

Quando il Tocco è effettuato con intenzione e in modo calmo e amichevole, la relazione umana che si crea tra infermiere e paziente trascende il momento e il modo in cui le cure infermieristiche hanno effetto. Il Tocco intenzionale non solo migliora l'outcome del paziente ma anche il senso di benessere degli infermieri e la soddisfazione lavorativa.

2.5.2 IL TIPO DI TOCCO UTILIZZATO NEL NURSING

Il Tocco quindi è parte costitutiva del nursing: viene utilizzato molte volte durante l'assistenza per aiutare il paziente nelle attività di vita quotidiana, nella terapia, ma anche come parte integrante della comunicazione. Toccare il paziente significa attraversare uno spazio intimo e decidere che, con motivazioni tecniche o relazionali, vogliamo entrare in con-tatto con lui per realizzare un compito, prenderlo in carico, proteggerlo (Fredriksson, 1999). Il Tocco include dimensioni fisiche, emotive, sociali e persino spirituali, che si integrano fra loro nel processo assistenziale in un'ottica di cura. Toccare è un atto che appartiene profondamente alla dimensione umana. Noi cresciamo grazie alle cure materne, che passano sostanzialmente attraverso il contatto corporeo: il bambino sviluppa il proprio sé proprio attraverso il contatto fisico in un complesso intreccio di percezioni, sensazioni, emozioni, desideri. Gli esempi di *touch* nella pratica infermieristica sono numerosi, e di intensità emotiva diversa: molte donne che stanno partorendo, nell'esperienza riportata da infermieri e ostetriche, cercano le mani degli operatori per avere sostegno; alcuni pazienti fanno lo stesso prima di andare in sala operatoria, per ricercare coraggio e forza. Quando pazienti e infermieri si conoscono per la prima volta, si danno una stretta di mano, come pure quando si salutano in vista del ritorno a casa. Molti infermieri che hanno assistito per lungo tempo i pazienti in fase terminale a domicilio o negli hospice, ricordano di aver abbracciato i familiari; nelle pediatrie e nei nido, di aver cullato i neonati o i bambini ammalati. Altri raccontano di aver toccato con difficoltà le parti sfigurate del paziente come il moncone di un'amputazione o il viso dopo un intervento demolitivo.

Nell'esperienza di molti infermieri, gli anziani sono coloro che ricercano di più il contatto, con gesti lenti e incerti; meno frequente sembra invece questa richiesta negli adulti, anche se ciò non è generalizzabile.

Esistono diverse tipologie di Tocco*:* la prima distingue il Tocco fisico che prevede un con-tatto con la pelle dal Tocco che non lo include, come ad esempio accade quando gli infermieri esprimono vicinanza stabilendo un contatto con gli occhi del paziente (Fredriksson, 1999). Gli infermieri distinguono il Tocco″fisico″ denominato anche procedurale (Estabrooks, Morse, 1992), strumentale (McCann, McKenna, 1993) o di lavoro (Bottorff, 1993) da quello di *caring* ed empatico. Il primo è costituito da un gesto strumentale, che persegue esplicite finalità assistenziali, quello che gli infermieri utilizzano durante la mobilizzazione, l'accertamento di parametri vitali o di alcuni problemi (ad esempio, quando rilevano la differente temperatura della cute degli arti inferiori). Il Tocco empatico, invece persegue la specifica intenzionalità di facilitare la guarigione o il benessere influenzando l'altro attraverso il sé dell'operatore. È una forma non verbale di comunicazione che viene anche descritta come tocco affettivo, espressivo, o – non procedurale- (Morales, 1994) o di *comforting* (Estabrooks, Morse, 1992): esprime vicinanza, sostegno e può diventare anche terapeutico, come accade nella relazione d'aiuto. Il *Tocco fisico*, o *strumentale*, è un gesto che include abilità, destrezza, precisione, sequenzialità, rispetto di una procedura: i pazienti si accorgono subito quando, nell'essere toccati durante l'esecuzione di una tecnica assistenziale, c'è competenza oppure incertezza, imprecisione, inesperienza. Diversamente, il *Tocco empatico* non segue una logica procedurale, 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. È diverso accarezzare la fronte del paziente dal sentire se ha la febbre; o accarezzare un braccio dal tastare lungo l'arto per cercare una vena. Gli infermieri esperti toccando i pazienti percepiscono quando l'altro prova piacere, indifferenza o preferisce non essere toccato. Quando il coinvolgimento emotivo col paziente è molto forte, può verificarsi che l'infermiere cerchi un distanziamento , che si manifesta anche in un diverso modo di toccare il paziente, dato dal cosiddetto -tocco freddo-, che allontana il paziente, come ad esempio quello con i guanti. Toccare il corpo di un paziente provoca emozioni che spesso l'infermiere associa a quello che proverebbe lui immedesimandosi nella situazione a ciò che ha vissuto nella sua vita in

situazioni simili, come pure ai personali significati che attribuisce all'esperienza che sta vivendo toccando il paziente. Nel corpo infatti sono racchiusi significati che hanno a che fare con il genere, la sessualità, l'età, il potere, le relazioni sociali, attribuiti a seconda delle diverse culture di appartenenza e all'esperienza di ciascuno. Proprio per le difficoltà provate, molti infermieri tendono a rifugiarsi nella procedura tecnica: è come se il tocco strumentale rappresentasse un filtro che separa dal con-tatto vero con il corpo del paziente. In alcune circostanze, come nelle Terapie Intensive, l'operatore vive un continuo spostamento tra oggettivazione e soggettivazione del corpo dei pazienti: da una parte tocca il corpo del paziente considerandolo come oggetto (e questo consente di diminuire il coinvolgimento emotivo); dall'altro però, il corpo del paziente non può essere ridotto a una ″cosa″ anche quando non è in grado di reagire o di mostrare emozioni. Il Tocco empatico quindi stabilisce connessioni con relazionale profonde, il Tocco freddo, utilizzato dagli infermieri per proteggersi, le delimita e costituisce pertanto una situazione opposta a quella del *caring* (Fredriksson, 1999) [40].

La sensazione di piacere dovuta al Tocco è legata in larga misura alla produzione di endorfine. Questi oppioidi naturali, che il nostro corpo è in grado di produrre per vari fini (quello più noto e studiato è la gestione del dolore), possono essere considerate a buon diritto le *molecole mediatrici delle emozioni*, in altre parole il supporto biologico alle emozioni. Le endorfine aumentano anche con la stimolazione tattile, come dimostrato dagli studi sull' agopuntura. Quando si parla di endorfine si parla di piacere e di benessere, aspetti non trascurabili nella relazione d'aiuto e quindi nell'assistenza infermieristica. In ambito sanitario si è infatti evidenziato che, oltre che sul dolore, un aumento delle endorfine è proporzionale alla velocità di guarigione e cicatrizzazione delle ferite; inoltre ha un ruolo importantissimo, insieme agli ormoni, sull'umore e sul sistema immunitario.

Una recente ricerca ha rivelato che il contatto consapevole e il massaggio, riduce significativamente gli effetti del cancro e gli effetti collaterali da il suo trattamento, fornendo conforto e miglioramento della qualità della vita. La ricerca ha rilevato una significativa riduzione del dolore, ansia, stanchezza, depressione e nausea (William

[40] Zanini L. (2004). *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*. Clinica della formazione.

Collinge, Ph.D.). Lo studio ha dedotto che si ha un ridotto stress / ansia (44% di riduzione), dolore (34%), affaticamento (32%), depressione (31%) e nausea (29%) [41].

″Il contatto fisico è dieci volte più forte di un contatto verbale o emotivo, influenza proprio quasi tutto quello che facciamo. Nessun altro senso può stimolare come il tatto. Lo abbiamo sempre saputo, ma non abbiamo realizzato che ciò aveva una base biologica. Se il tatto non implicasse una sensazione di piacevolezza non esisterebbero la specie, la parentela,o la sopravvivenza. La madre non toccherebbe il suo bambino nel modo giusto se non provasse piacere nel farlo. Se non ci piacesse la sensazione del tatto e del toccarsi scambievolmente, non avremmo fatto sesso. Quegli animali che istintivamente facevano più uso del contatto fisico producevano più prole che sopravvive e aveva più energie, tramandando questa loro tendenza al tatto, che si estrinsecò sempre più marcatamente. Ci dimentichiamo che il tatto non è solo basilare per la nostra specie, ma ne è la chiave″[42].

[41] (2010).*Touch, il massaggio può ridurre lo stress/ansia,dolore,stanchezza, depressione e nausea in pazienti oncologici.* The medical news. www.news-medical.net

[42] Schanberg S.(1995). *The genetic basis of touch effects* a cura di Field, *Tuoch in early development*. Lawrence Erlbaum Associates,Mahwah,N.J.

CAPITOLO 3

CONCETTO OLISTICO DI CURA E TERAPIE COMPLEMENTARI

3.1 ASPETTO CULTURALE DEI SISTEMI DI CURA: I MODELLI BIOMEDICO E OLISTICO

La scolarizzazione e l'informazione diffusa dai mass media nei paesi industrializzati in merito al concetto di salute hanno contribuito alla formazione di un individuo sempre meno ″paziente″ e sempre più desideroso di partecipare al processo di cura e al mantenimento del proprio benessere. Lo sviluppo esponenziale delle conoscenze scientifiche è riuscito a sconfiggere o trattare patologie mortali, intervenendo sempre più precocemente nei processi di diagnosi e cura. Ciò ha imposto inevitabilmente una specializzazione della conoscenza, traducibile nel frazionamento di molteplici interventi specialistici. Uno dei risultati meno auspicabili derivati da detta parcellizzazione è un maggior interesse nelle -parti- della persona, ignorandone l'integrità, come se fosse la patologia a incarnare la persona e non viceversa. Purtroppo quando ci si trova ad affrontare la malattia, l'individuo non si sofferma sui progressi della ricerca scientifica, ma focalizza tutta l'attenzione sulla propria esistenza, il proprio essere, sulla miglior qualità di vita consentita. Il concetto di salute assume toni diversi per un'utenza che oggi ha aspettative diverse, influenzate fortemente anche dalla crisi di valori alla quale è sottoposta la società.

Da alcuni decenni, si sono sviluppate nuove correnti di pensiero e di azione che impegnano le proprie energie per ridisegnare la persona nella sua globalità. A fronte della crescente domanda dell'utenza per un approccio sanitario diverso, nascono tra gli anni Sessanta e gli anni Ottanta negli Usa e nell'Europa del nord i primi centri dove si attuano le cosiddette *medicine alternative e/o complementari*. L'OMS definisce la malattia come″l'anormale stato dell'organismo causato da alterazioni organiche e

funzionali″ [43]. Questa definizione può essere ritenuta valida solo parzialmente, poiché non tiene conto del fatto che la persona è colpita nella sua globalità. Effettivamente, la malattia abbraccia tutti gli ambiti dell'esperienza umana e traccia una complessa rete di significati biologici, sociali, emotivi, psicologici e spirituali. Ma la definizione di malattia appare limitativa, in quanto fortemente legata a un concetto biomedico di malattia. Dal punto di vista della salute, si potrebbe affermare che esistono due visioni di salute, e quindi di malattia, e pertanto due sono i modelli di riferimento che propongono approcci diversi.

La cultura della medicina occidentale è strettamente legata al **modello biomedico**, secondo il quale la persona è vista come una macchina costituita da diverse parti, attraverso il buon funzionamento delle quali è possibile mantenere lo stato di salute. La malattia, in questo caso, è considerata come un danno a una o più parti e la cura è fornita attraverso un sistema di causa- effetto.

Altri ambiti culturali, come ad esempio quello orientale, ma non solo (antica Grecia, popolazioni celtiche ecc.), suggeriscono un diverso modello di interpretazione, ossia un **modello olistico**. Secondo questo modello, la persona è considerata nella sua completezza; salute e malattia sono in equilibrio e quando questo equilibrio è perturbato si ha lo stato di malattia. Con il successo del modello olistico, l'utenza ha riscoperto quei fattori che influiscono sul processo di guarigione, ossia:

-Il rapporto operatore sanitario/assistito;

-La professione sanitaria come arte;

-Il paziente come uomo sofferente, con una complessità delle emozioni che lo definiscono come soggetto unico nel suo essere;

-I fattori di rischio per la salute tra cui la personalità, lo stile di vita, le relazioni sociali, l'ambiente (la relazione che si instaura e che potrebbe essere la causa stessa della malattia) [44].

[43] Gargiulo G.(1998).*Il ruolo dell'infermiere professionale nell'applicazione delle tecniche di medicina naturale*. Professioni infermieristiche,51,52-54.

[44] Ripa P., Banfi E. (2004) *La cure complementari e l'infermiere.* La professione infermieristica. Carocci Faber.1,19-21.

3.1.1 CONCETTO OLISTICO DI SALUTE

Il termine “olistico” deriva dalla parola greca antica “hólos” che significa ‘tutto intero’. La medicina olistica è l’arte e la scienza di curare l’essere umano come unità di corpo, mente e spirito. Parlando di olismo si fa riferimento ad una teoria biologica che sottolinea l’importanza dell’organismo in quanto totalità, attribuendogli maggior valore di compiutezza e di perfezione rispetto alla somma delle parti in cui è suddiviso; tale concetto di preminenza della totalità si è esteso ad altre scienze umane e sociali (Devoto-Oli, 2004-2005). David Bohm diceva a proposito: “Se pensiamo all’universo come una rete di interconnessioni energetiche, non possiamo più concepire l’idea di parte. Quindi non siamo parti separate di un intero, siamo l’intero. Siamo così condotti ad una nuova nozione di interezza integra, che nega l’antica idea che il mondo possa essere analizzato e studiato in parti che esistono separatamente ed indipendentemente le une dalle altre”.[45] La medicina Olistica considera l'uomo nella sua globalità in quanto essere costituito da mente e corpo. La conoscenza della stretta relazione esistente tra questi due diversi aspetti della realtà umana comporta un diverso approccio clinico al paziente. Non può esistere una sofferenza del corpo senza coinvolgimento della psiche e viceversa. L'organismo deve essere considerato nella sua totalità in relazione alla convinzione che anche tutti gli organi che lo costituiscono sono fortemente legati tra loro e pertanto, la malattia rappresenta un'alterazione dell'equilibrio energetico esistente tra questi. Per questo la malattia in certi casi non va trattata con terapie d’urto, ma può essere curata eliminando quelle situazioni che sono state la causa interna dell'insorgenza della malattia stessa, in quanto la scomparsa dei sintomi, altrimenti, risulterebbe soltanto collegata allo spegnimento dell'infiammazione, vale a dire, alla risposta difensiva dell'organismo. La medicina olistica è sempre esistita ed ogni tradizione antica aveva una propria medicina tradizionale di tipo olistico: gli sciamani siberiani, gli Inca delle Ande, gli aborigeni australiani, le culture indiane, tibetane e cinesi, le antiche culture greca, romana e celtica. Tutte queste popolazioni hanno sviluppato sistemi di

[45] Bohm D.(1996). *Universo mente materia*. Red, Como.

cura che, pur con diversità linguistiche o concettuali, trovano un punto comune nel modello olistico di essere umano [46].

La maggiore differenza tra l'approccio Olistico e le cure mediche convenzionali é l'obiettivo. La finalità dell' Olismo é il benessere totale, cioè comprendente le dimensioni di mente corpo e spirito, dell'individuo. Le cure mediche cercano di trattare la patologia e i sintomi, aggiungendo qualcosa di esterno al nostro corpo come i farmaci e la chirurgia, non valutando la possibile causa psicosomatica del problema clinico. Ad esempio se un paziente ha la pressione alta, l'approccio medico é quello di prescrivere un farmaco che abbassi la pressione. Questo può effettivamente aiutare a ridurre la pressione arteriosa, ma ignora completamente le cause che possono aver causato la patologia come una cattiva alimentazione o lo stress. L'approccio Olistico ricerca le cause nascoste che portano ad una patologia promuovendo un benessere che implica uno stato di funzionamento ottimale del nostro organismo sia fisico che psichico. Certamente l'approccio olistico non è nuovo per l'infermieristica, essendo la base del modello del nursing così come descritto da Nightingale [47]. Marta Rogers, teorica dell'assistenza infermieristica (1914-1994), definisce l'uomo un tutto unificato che possiede la propria integrità e che manifesta caratteristiche che sono più della somma delle sue parti e differenti dalla somma delle sue parti [48].

Esso ha rappresentato, per molti anni, un principio fondamentale della formazione dell'infermiere, al quale riferirsi per promuovere un'assistenza centrata sulla persona come soggetto unico e irripetibile. Ancora oggi l'approccio olistico e soprattutto le sue concrete applicazioni nella pratica clinica, mantengono una posizione centrale nel dibattito culturale interno alla professione anche in relazione all'interesse suscitato da un nuovo tema, quello delle cure complementari e del rapporto tra queste ultime e l'assistenza infermieristica.

[46] Montecucco N.M..(2010).*Psicosomatica olistica. La salute psicofisica come via di crescita personale. Dai blocchi psicosomatici all'unità dell'essere.* Mediterranee.
[47] D'Innocenzo M, Massai D.,Rocco G., Sasso L.,Silvestro A.,Valerio G., Vallicella F.Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi. (2002).*Linee Guida per un percorso di alta formazione. Infermieristica e cure complementari.* Formazione infermieristica, 10,7-8.
[48] Rogers ME. (1991). *Introduzione ai Fondamenti teorici del nursing*. Edizioni Summa.

3.1.2 PRINCIPI CARDINE DELLA VISIONE OLISTICA

- Attribuisce un ruolo fondamentale al sistema nervoso per le sue strette correlazioni strutturali e regolative con le altre parti dell'organismo;
- considera tutti i fattori (strutturali, metabolici e psicologici) che influenzano il sistema nervoso;
- sostiene la necessità di intervenire tempestivamente, sia per la diagnosi sia per la cura di disturbi reversibili, quindi privilegia la prevenzione rispetto al rimedio;
- riconosce la dinamica che si instaura tra stile di vita, ambiente e salute;
- ritiene fondamentale la correlazione tra mente, organismo e anima;
- si occupa direttamente dell'individuo secondo le sue necessità e la sua natura e in questo modo cura indirettamente la malattia;
- promuove uno stile di vita sano;
- incoraggia l'autonomia del paziente;
- valuta l'organismo nel suo insieme e non si concentra solo sulle singole parti;
- stimola le capacità di recupero naturali.[49]

[49] http://www.robertmorrison.info/chiropratica-medicinaolistica.php

3.2 INFERMIERISTICA E CURE COMPLEMENTARI

L'impiego di terapie complementari nella cura delle malattie e più in generale nell'approccio alla salute, non è nuovo ed è decisamente in aumento il loro utilizzo in Italia, come del resto in Europa e negli Usa. In un Rapporto tecnico dell'Oms del 1996 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. Nei paesi industrializzati si stima che circa la metà della popolazione ricorra regolarmente ad approcci sanitari complementari. Alcuni di questi approcci possono far parte di un piano terapeutico con il paziente se sono appropriati ed accettabili. Il tocco terapeutico, 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. Gli infermieri condividono la responsabilità di essere aperti e consapevoli circa tutto ciò che attiene all'assistenza sanitaria in cui lavorano"* [50].

In funzione di questa dichiarazione, il gruppo di lavoro della Federazione Nazionale definisce le Cure Complementari come cure olistiche e naturali che possono essere utilmente affiancate alle cure ufficiali sia infermieristiche che mediche.

Il **National Center for Complementary and Alternative Medicine** definisce le cure complementari come un gruppo di sistemi e pratiche sanitarie che non sono considerati come parte della medicina convenzionale e che solo per parte di essi esiste una prova scientifica della loro sicurezza ed efficacia.

Il processo di nursing è il metodo sistematico e ordinato che consente di realizzare l'assistenza infermieristica attraverso la stima dei bisogni della persona, la pianificazione, l'attuazione e la valutazione dell'intervento infermieristico. È applicabile in ogni ambito e all'interno di qualunque struttura teorico-concettuale. Il D.M. del 14 settembre 1994 n.739, che ne delinea il profilo professionale, definisce l'infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica negli ambiti preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo. Il decreto specifica chiaramente che l'assistenza, per essere

[50] Oms, *Nursing practice.* Serie rapporti tecnici, n. 860, Ginevra 1996, Infermiere-Informazione, n. 3-4, Luglio-Agosto 1997.

denominata infermieristica, deve avere natura tecnica, relazionale ed educativa. Per ogni minimo atto assistenziale (che può essere anche il fornire un'informazione) si stabilisce necessariamente un atto relazionale, in cui l'infermiere è chiamato ad agire per la salute, attraverso un'opera di educazione sanitaria. Da queste indicazioni, risulta che l'infermiere è il responsabile competente di un'assistenza olistica, preparato a operare su vari livelli di salute: dalla prevenzione, al trattamento dei malati e dei disabili di tutte le età, al mantenimento delle migliori condizioni, al raggiungimento della miglior qualità di vita nelle malattie croniche. In pratica, ogni condizione che riguarda la salute della persona può e deve rientrare in un progetto di assistenza infermieristica. Il codice deontologico del 1999 sottolinea nuovamente gli elementi suddetti e specifica che responsabilità dell'infermiere *è curare e prendersi cura*; rafforza il carattere olistico della professione, precisando che il destinatario dell'assistenza infermieristica, rappresentato dall'essere umano, è rispettato in tutti i suoi aspetti, inclusi i valori religiosi, ideologici, etici, culturali, etnici, sessuali. La legge del 26 febbraio 1999, n.42, dichiara che la professione infermieristica è una professione sanitaria *autonoma*, sancisce l'abrogazione del mansionario (D.P.R. 225/1974) e sottolinea che il profilo professionale e il codice deontologico definiscono in campo specifico di attività e di responsabilità della professione. Con questa legge, l'infermiere è riconosciuto come figura professionale autonoma e responsabile del proprio operato. Questi sono gli elementi che consentono di sviluppare nell'assistenza infermieristica l'apporto delle cure complementari[51]. Tecniche e approcci promossi nell'ambito delle cure complementari possono offrire all'infermiere la possibilità di ampliare il proprio bagaglio di competenze, sia per quanto riguarda uno stile assistenziale maggiormente attento e rispettoso del principio dell'olismo, sia per un migliore e più efficace intervento per specifici problemi di salute come, ad esempio, la riduzione di sintomi verso i quali non sempre la medicina convenzionale riesce a proporre risoluzioni definitive.

Le cure complementari possono essere utilizzate anche da sole. Nell'ambito dell'infermieristica sono considerate una serie di interventi che si avvalgono di saperi ed

[51] Ripa P., Baffi E..(2005). *Assistenza infermieristica e cure complementari*. Nursing Oggi,1.

abilità acquisiti e mantenuti attraverso un percorso formativo specifico che possono essere proposti in autonomia dall'infermiere [52] (Dichiarazione della federazione nazionale dei collegi Ipasvi) *(Allegato 1)*.

In ogni caso le cure complementari non vanno proposte come sostituzione di interventi basati sull'evidenza.

Nell'ambito dell'infermieristica sono considerate cure complementari una serie di interventi individuati dalla Federazione Nazionale dei Collegi che non rientrano in veri e propri sistemi di medicina come l'agopuntura, l'omeopatia, la medicina tradizionale cinese, l'omotossicologia, la fitoterapia, la medicina antroposofica. Le cure infermieristiche complementari possono essere rappresentate lungo un continuum di saperi e di pratiche diversificati fra loro che utilizzano il *Tocco* e che vanno dal tocco-massaggio alla riflessologia; interventi mente-corpo come *visualizzazione*, imagery, training autogeno; trattamenti fisici come impacchi e compresse; aromaterapia; fiori di Bach [53].

Attualmente esistono oltre 300 differenti forme di cura complementare, ma non è stato ancora elaborato un sistema di classificazione completo poiché le categorie a cui riferirsi per le cure complementari (come i nomi per le malattie) sono difformi sotto diversi aspetti: l'origine storico culturale (ad esempio, la medicina ayurvedica), l'ottica fisiopatologica (l'omeopatia), il meccanismo d'azione o la tecnica adottata (l'ipnosi, il massaggio,il tocco terapeutico, la fitoterapia).

[52] M. D'Innocenzo, D. Massai,G. Rocco, L. Sasso, A. Silvestro, G. Valerio, F. Vallicella.Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi. (2002).*Linee Guida per un percorso di alta formazione. Infermieristica e cure complementari.* Formazione infermieristica, 10,37-38.

[53] P.Ripa, E. Baffi. *Assistenza infermieristica e cure complementari*. Nursig Oggi. 1,11

Per quanto riguarda le applicazioni nell'assistenza infermieristica, è possibile individuare i gruppi principali [54]:

- Pratiche di manipolazione del corpo: Tocco massaggio,Tocco terapeutico, Rolfing, Gringberg, Osteopatia, Massaggio infantile, Massaggio ayurvedico, Massaggio cinese, Riflessologia plantare, Shiatsu;
- Pratiche della mente: meditazione, ipnosi, Rebirthing, Yoga, Pet teraphy, musicoterapica, tecniche di respirazione, training autogeno, visualizzazione creativa, pensiero positivo;
- Medicina energetica: Reiki, Do-in, Qui Gong, Tai chi, Tui-na,
- Sistemi terapeutico curativi completi: Omeopatia, Agopuntura e auricoloterapia, Medicina Ayurvedica, Iridologia;
- Altre tecniche: aromaterapia, cromoterapia, floriterapia, gemmo terapia, oligoterapia, idroterapia.

Pur nella diversità, questi approcci si incontrano in alcuni tratti caratterizzanti:

-Approccio olistico

-Approccio individuale dove l'uomo è considerato entità unica e irripetibile;

-Il ruolo attivo e responsabile del paziente, dove lo stesso termine *paziente* è posto in discussione, in quanto la persona è vista come soggetto e non come oggetto di cure;

-L'uso dell'energia, presupposto che sta alla base di una visione del mondo ultrasensibile in virtù della quale l'essenza degli esseri non è solo la materialità fisica o chimica ma l'energia vitale che li abita (Bini *et al* .,2002) [55].

[54] P.Ripa, E. Baffi. *Le cure complementari e l'infermiere*. La professione infermieristica.

[55] M. D'Innocenzo, D. Massai,G. Rocco, L. Sasso, A. Silvestro, G. Valerio, F. Vallicella.Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi. (2002).*Linee Guida per un percorso di alta formazione. Infermieristica e cure complementari.* Formazione infermieristica, 10,7.

L’analisi della letteratura evidenzia come siano estremamente variegati i punti di vista assunti per osservare il fenomeno del ricorso alle terapie alternative. La vastità dei termini con cui vengono definiti, l’ambiguità spesso sottesa ai termini utilizzati, il numero elevato dei metodi, la diversità intrinseca che caratterizza l’universo di questi approcci, porta con sé le connotazioni valoriali di chi li propone. Per questo è importante fare un inquadramento concettuale e terminologico.

3.2.1 GLOSSARIO

Le espressioni più comunemente utilizzate sono le seguenti:

Medicina non convenzionale

″Termine utilizzato prevalentemente in politica sanitaria per definire tutte quelle discipline che sono ancora in attesa di una regolamentazione giuridica definitiva. Ed in questa categoria gli Ordini dei medici includono l'agopuntura, l'omeopatia, la fitoterapia, l'antroposofia, l'ayurveda, l'omotossicologia, la medicina tradizionale cinese, l' osteopatia e la chiropratica″ [56].

Medicina alternativa

″Espressione spesso utilizzata dai mass media e nel linguaggio comune, sia dagli operatori sanitari, sia dalla popolazione in generale, per indicare tutte quelle tecniche che non sono riconosciute o non sono accettate dalla medicina scientifica. ″[57]

In tal senso, questo termine enfatizza un approccio che si propone in alternativa, se non in contrasto, con la medicina ufficiale. Le medicine alternative sono considerate tali poiché:

- non sempre hanno una provata base scientifica, ma più spesso sono fortemente ispirate dalla cultura e dall’etnocompetenza;

[56] Firenzuoli F., Gori L.. *L’abc delle medicine alternative e complementari in oncologia. Una guida per il malato e la sua famiglia.* Ospedale San Giuseppe- Empoli Dipartimento di Medicina Uo Centro di Medicina Naturale.p.5. www.naturamedica.net

[57] P.Ripa, E. Baffi. *Assistenza infermieristica e cure complementari*. Nursig Oggi. 1,9.

- assumono come elemento centrale l'approccio olistico e armonico (la ricerca di un equilibrio globale e di una rinnovata armonia con l'ambiente circostante), anziché quello biomedico;
- accettano anche principi e fondamenti non dimostrabili secondo le comuni o attuali procedure scientifiche (ad esempio, il concetto vitalistico di "campo energetico");
- non disdegnano di proporsi come alternativa e sostituzione (più che integrazione) della medicina scientifica [58].

Medicina olistica

Secondo l'Associazione di Medicina Olistica Canadese (Canadian Holistic Medical Association), essa viene definita come "un sistema di cura della salute, che incoraggia un rapporto di collaborazione tra coloro che ne sono coinvolti, orientato al raggiungimento di tutti gli aspetti della salute (fisica, mentale, emotiva, sociale e spirituale)"[59].

Medicina complementare (o integrativa)

″Si riferisce a metodi non invasivi e non farmacologici, che rappresentano un buon complemento e un buon supporto del trattamento medico-chirurgico convenzionale.
Il termine complementare sottolinea come la medicina scientifica venga, in questo caso, ancora considerata come lo strumento primario di cura″[60].

Medicina tradizionale

L' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito, in un documento redatto nel 1996 (Fact Sheet n.134), la medicina tradizionale come "quell'insieme di metodi utili a proteggere e a ristabilire la salute prima dell'arrivo della medicina moderna". Il termine "tradizionale" dunque si riferisce al fatto che queste metodiche terapeutiche derivano da un approccio alla salute e al benessere appartenente alla tradizione culturale propria di ciascun paese, tramandata di generazione in generazione.

[58] Paola Ripa, Elisabetta Baffi.(2005).*Assistenza infermieristica e cure complementari.* Nursing oggi. 1,9.
[59] Paola Ripa, Elisabetta Baffi.(2004). *Le cure complementari e l'infermiere.* Carrocci Faber,1,18.
[60] Paola Ripa, Elisabetta Baffi.(2004). *Le cure complementari e l'infermiere.* Carrocci Faber,1,18.

Medicina dolce (o naturale)

È un termine divulgativo utilizzato per indicare al grande pubblico ed in particolare ai pazienti le varie discipline della medicina non convenzionale. Questa espressione viene generalmente attribuita agli approcci non invasivi e non cruenti (sempre più diffusi, invece, nell'ambito convenzionale), che per tale ragione sono ben accettati e tollerati dal paziente. Spesso, l'assenza di invasività è dovuta al ricorso a metodi o sostanze naturali e non di sintesi chimica [61].

Medicina integrata

Con questo termine si indica quello che dovrebbe essere l'obiettivo di ogni medico : l'integrazione di diverse forme e strumenti di terapia al fine di migliorare la qualità di vita del paziente oltre alla prognosi [62].

Il fiorire di queste definizioni dipende dall'evoluzione dell'applicazione di tale medicina nei paesi industrializzati. Autori inglesi come Catherine Zollman e Andrew Vickers specificano che la medicina complementare è una″caratteristica che incrementa la pratica sanitaria″, pur ammettendo che c'è ancora molta confusione sulla sua definizione. In realtà, negli anni Settanta e Ottanta questo nuovo tipo di approccio alla persona fu denominato″medicina alternativa″, ess endo queste discipline fornite in alternativa al sistema convenzionale di cura. Il termine″medicina complementare″ fu introdotto successivamente , quando i due sistemi (convenzionale e non convenzionale) cominciarono a essere utilizzati contemporaneamente. Nel tempo, il termine complementare fu sostituito da″non convenzionale″, per distinguere queste discipline da quelle praticate nella cura convenzionale. Per ovviare al problema di utilizzare attributi diversi per esprimere un unico concetto si inizia ad utilizzare l'acronimo CAM (*Complementary and Alternative Medicine*) [63].

[61] Paola Ripa, Elisabetta Baffi.(2005).*Assistenza infermieristica e cure complementari.* Nursing oggi. 1,17-18.

[62] F. Firenzuoli, L. Gori. *L'abc delle medicine alternative e complementari in oncologia. Una guida per il malato e la sua famiglia.* Ospedale San Giuseppe- Empoli Dipartimento di Medicina Uo Centro di Medicina Naturale.p.5. www.naturamedica.net

[63] Paola Ripa, Elisabetta Baffi.(2005).*Assistenza infermieristica e cure complementari.* Nursing oggi. 1,19.

Nel settembre del 2002, il gruppo di lavoro sulle CAM promosso dalla Federazione Nazionale dei Collegi I.P.AS.V.I. ha pubblicato un documento che esprime una posizione fondamentalmente favorevole all'integrazione tra l'infermieristica e le cure complementari. Per la prima volta in Italia, forse in ritardo di qualche anno rispetto ad altri Paesi, l'infermieristica sembra comprendere, anche in via ufficiale, il significato di un nuovo tipo di approccio alla persona, che si integra, anziché opporsi, all'utilizzo di tutte le potenzialità tecniche già fatte proprie dalla professione, senza contrastarne i valori fondamentali, anzi esaltandoli. In un periodo storico in cui la disciplina infermieristica si caratterizza per la ricerca costante di evidenze scientifiche come fondamento della pratica assistenziale (*Evidence-based Nursing*) , allo scopo di aumentarne l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza, le CAM consentirebbero di proporre prestazioni infermieristiche più qualificate e complete, nella considerazione "olistica" della persona, della sua più profonda essenza e delle sue dimensioni psicologiche e socio-culturali.

I postulati della cura sopra enunciati, nell'applicazione alle Cure complementari possono essere così descritti (Marsaglia, 1997):

- La responsabilità dell'assistenza infermieristica è proteggere e stimolare le forze di vita delle persone, ossia il potenziale di auto-guarigione presente in ognuno di noi;
- La malattia è un sistema caratterizzato da feedback attraverso il quale la persona può essere confrontata con un conflitto interno di cui la manifestazione fisica è soltanto una delle componenti;
- Gli schemi di pensiero, le emozioni e i sentimenti, influenzano l'esperienza e il ben-essere o mal-essere della persona;
- Ci sarà vera guarigione se la persona riuscirà a entrare in contatto con tutte le componenti;
- Il professionista è un facilitatore, non un'autorità;
- La cura richiede volontà di adesione a un progetto in cui il professionista combatte non contro la malattia, ma con il malato in una relazione contrattuale in cui il cliente condivide la responsabilità della propria salute;

- Spesso gli interventi si basano su tecniche definite dolci, che non richiedono l'impiego di tecnologia; qualora questa sia richiesta è molto leggera.

In sintonia con l'OMS, la scelta effettuata dalla Federazione nazionale dei Collegi IPASVI è di definire gli approcci che confluiranno nell'infermieristica come *Cure complementari*. Ciò al fine di sottolinearne una posizione non alternativa, "che manifesti una sorta di opposizione alla medicina ufficiale e non implichi una carica così fortemente ideologica" (Braga, 2001), bensì dimostri la volontà di una dialettica costante [64].

3.2.2 LEGISLAZIONE MONDIALE E ITALIANA

Il rapporto tecnico dell'OMS n°860 del 1996 afferma che ″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″. Già nel '96 inizia a emergere tra gli infermieri la necessità di integrare due tipologie di approccio alla cura. Questo per assecondare le esigenze degli utenti, che si accorgono di aver bisogno di piani terapeutici ampi e comprendenti una visione olistica di cura. Inoltre dal 1996, in Italia, in particolare nella regione Toscana si sostengono iniziative di integrazione della Medicina complementare all'interno del piano sanitario.

Nel 1997, risoluzione n°400 dell' OMS e del Parlamento Europeo che dice ″ è necessario garantire ai cittadini la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica, assicurando loro anche il più elevato livello di sicurezza, e l'informazione più corretta su tali terapie. Si suggerisce l'importanza di una preparazione al tema delle cure complementari a livello universitario anche per i medici″.

Nel Dicembre 1998 si emana in Europa una legge sul quadro sulle medicine non convenzionali. Nel 1999 il National Institutes of Health fonda il *National Center for Complementary and Alternative Medicine* attraverso il quale si inizia a parlare di sistemi medici alternativi, interventi mente-corpo, terapie con una base biologica, tecniche manipolative e terapie energetiche.

[64] M. D'Innocenzo, D. Massai,G. Rocco, L. Sasso, A. Silvestro, G. Valerio, F. Vallicella.Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi. (2002).*Linee Guida per un percorso di alta formazione. Infermieristica e cure complementari.* Formazione infermieristica, 10,7-8.

Nel Luglio del 1999, il Progetto di legge Galletti istituisce "Disciplina delle professioni sanitarie non convenzionali esercitate da non medici" [65].

Nella regione Lombardia, si delibera con la n°48041 del 4 febbraio 2000, si introduce una fase di "Osservazione e valutazione di procedure terapeutiche di MC", approvando dei progetti per lo sviluppo della stessa, costituendo un "Comitato tecnico-scientifico per la valutazione, il controllo dello sviluppo e la verifica del risultato dei progetti attivati in materia".

È del febbraio 2001 la "Disciplina delle professioni sanitarie svolte dagli operatori delle medicine non convenzionali (progetto legge n. 7589)". Il Comitato centrale della Federazione Nazionale Infermieri approvava al Consiglio Nazionale gli obiettivi strategici posti durante la sessione *Infermieristica e cure alternative e integrative* :

- identificare le competenze infermieristiche nell'ambito delle cure alternative e integrative;
- definire linee guida e procedure per supportare gli infermieri nei vari ambiti;
- definire linee guida per i diversi percorsi formativi;
- definire la situazione degli operatori che già svolgono la loro professione nella medicina naturale, predisponendo un sistema informativo per il monitoraggio del fenomeno.

Nel Maggio 2002: la sessione parallela *Infermieristica e medicina complementare* (Convegno Nazionale della Federazione Nazionale Infermieri, Roma) identifica alcuni interventi di cure complementari adattabili alla professione infermieristica, sia in regime di libera professione, sia di dipendenza. Sempre nel 2002 ma in settembre, il gruppo di lavoro sulle "cure complementari" stila le Linee Guida per un percorso di alta formazione di *Infermieristica e Cure Complementari* ed elabora una dichiarazione di principi con lo scopo di rendere ″serio e professionale″ l'utilizzo di tali pratiche [66].

Nella Regione Piemonte, la Legge regionale del 2002, n° 25 stila una "Regolamentazione delle pratiche terapeutiche e delle discipline non convenzionali" che coinvolge anche la figura dell'infermiere.

Nel piano regionale 2002/2004 si prevede come obiettivo specifico l'integrazione tra MC e quella non convenzionale comprendente la delibera VII/13235 del 9 giugno 2003

[65] Giarelli G., Roberti P. di Sarsina.(2007).*Le medicine non convenzionali in Italia*. Franco Angeli.
[66] Paola Ripa, Elisabetta Baffi.(2005).*Assistenza infermieristica e cure complementari.* Nursing oggi. 1,8.

che ha come oggetto: ”Programma quadriennale di collaborazione con l’O.M.S. sulla valutazione e l’utilizzo della MC, in attuazione del P.S.S.R. 2002/2004. Schemi di convenzione tra la Regione Lombardia, l’Università degli Studi di Milano e l’Università Cattolica del Sacro Cuore”.

Ancora in Piemonte con la Legge regionale 31 maggio 2004 n°13 e poi migliorata con la Legge regionale n°32 del 18 settembre 2006, si parla di Regolamentazione delle discipline bio-naturali, con la quale vengono riconosciute le pratiche che si prefiggono il compito di promuovere lo stato di benessere ed un miglioramento della qualità della vita della persona con lo scopo dell’armonizzazione della persona con se stessa e con gli ambienti sociali, culturali e naturali che la circondano.

Il 27 settembre 2006, proposta di Legge: disposizione per la regolamentazione delle medicine complementari: si istituisce la qualifica di esperto nelle medicine complementari, l’elenco di associazione accreditate, la commissione permanente delle Medicine Complementari presso il Ministero della Salute.

Il 18 novembre 2008, disegno di Legge che definisce le discipline Bio- naturali, gli ambiti operativi e le figure professionali; i percorsi formativi e redige il registro nazionale degli operatori.

Il 16 dicembre 2008,con il D.G.R. n°54, istituzione del coordinamento regionale tecnico-scientifico delle medicine non convenzionali (MnC).

Il 16 marzo 2009, con il D.G.R. n°54-11023, la SC a direzione universitaria Ginecologia e Ostetricia C dell’azienda ospedaliera OIRM-S.Anna di Torino diventa centro di riferimento regionale per l’agopuntura, e l’hospice Il Gelso dell’Azienda sanitaria di Alessandria diventa centro di riferimento regionale per il trattamento del paziente con dolore cronico mediato con l’utilizzo di agopuntura e omeopatia.

Il 7 dicembre 2009 con il D.G.R. n°59-12771 l’ASL di Alessandria acquisisce il coordinamento della rete regionale delle MnC.

Il 22 marzo 2010, con il D.G.R. 58-13643 si individua l’università di Torino, Facoltà di Medicina e Chirurgia San Luigi Gonzaga, come Centro di riferimento regionale per il monitoraggio e il supporto scientifico nell’ambito delle MnC [67].

[67] Iacchia V. *Le cure complementari.* Infermieristica e cure complementari. Ipasvi Como. http://www.ipasvicomo.it/documenti/art_3_30.pdf

3.3 IL MASSAGGIO COME CURA COMPLEMENTARE

L'arte del massaggio rappresenta una delle più antiche metodologie utilizzate a fini terapeutici, probabilmente è la prima forma di terapia che l'uomo ha utilizzato per il trattamento della malattia. Le tecniche di massaggio (praticato per la cura dei dolori reumatici, contusioni, spasmi muscolari, etc.) furono descritte per la prima volta dai cinesi e dagli indù nel 5000 a.C. Lo stesso Ippocrate, padre della medicina occidentale, all'inizio del V sec. a.C. ne descrisse le numerose proprietà terapeutiche. Egli affermava: "il medico deve avere molteplici esperienze, ma deve conoscere sicuramente l'arte del massaggio". Omero (VIII sec. a.C.) nell'Odissea definisce il massaggio come metodica valida per il recupero della salute dei guerrieri: lenisce il dolore di un'articolazione infiammata, infondendo una sensazione di tonicità e di benessere. Giulio Cesare, che soffriva di epilessia, riusciva a tenere sotto controllo emicranie e nevralgie proprio attraverso il massaggio. Gli egiziani lo consideravano un'arte sacra: le tecniche manuali erano accompagnate dall'uso di erbe medicinali e di balsami per il corpo. È con l'avvento del cristianesimo che il massaggio, in quanto forma di palpazione e contatto tra i corpi, fu considerato a lungo come peccaminoso. Ricomincia ad essere apprezzato dagli occidentali sono alla fine del XVIII secolo. Rilassante o curativo, sportivo o drenante, oggi esistono infinite tecniche e specializzazioni. L'arte del massaggio prevede in ogni caso un percorso molto delicato e complesso che richiede uno studio approfondito e pertanto deve essere preferibilmente eseguito da personale altamente specializzato. Il massaggio, se praticato correttamente, è in grado di influenzare tutto il nostro corpo umano: sistema nervoso, circolazione del sangue, muscolatura, sistema scheletrico, sistema ormonale, sistema respiratorio e sistema digestivo.

È importante ricordare che il massaggio è anche in grado di riattivare l'energia fisica e mentale e agevola la circolazione sanguigna favorendo il ritorno del sangue venoso dalla periferia verso il cuore. Variando l'intensità pressoria, è possibile direzionare l'effetto sulle vene superficiali o su quelle profonde, migliorando il generale funzionamento dell'organismo e l'elasticità della pelle, ed agevolando il ricambio cellulare, eliminando le tossine. Stimola anche la circolazione linfatica: riassorbe gli edemi, scioglie i depositi organici post-traumatici ed aiuta ad eliminare l'acido lattico. L'azione sui muscoli, inoltre, può essere tonificante o decontratturante, a seconda delle

specifiche esigenze. L'efficienza delle articolazioni e del liquido sinoviale risulta maggiore, mentre sulle terminazioni nervose periferiche è possibile ottenere un effetto antalgico. Se il massaggio è praticato a livello addominale, aiuta lo svuotamento dell'intestino, favorendone la funzione peristaltica ed attivando i reni ad eliminazione l'acqua e le sostanze tossiche. Diverse sono le tipologie di massaggio che possono diventare bagaglio del professionista infermiere, alcune di queste verranno descritte nei paragrafi successivi [68].

Tornare ad essere consapevoli di questo potenziale umano, presente nelle nostre mani, è una grande possibilità di soddisfazione nel settore dell'assistenza oltre ad essere una fonte per una migliore qualità di vita per pazienti.

3.3.1 Il tocco terapeutico

La pratica del Tocco Terapeutico è stata sviluppata agli inizi degli anni 1970 dalla teosofa e sensitiva Dora van Gelder Kunz (presidente della Società Teosofica d'America dal 1975 al 1987) e da Dolores Kriegerd (professoressa di nursing presso l'università di New York), le quali dichiarano che″ *La pratica del Tocco Terapeutico è stata sviluppata sulla concezione che, in definitiva, è il paziente a guarire se stesso. In questo contesto, il guaritore funge soltanto da appoggio energetico del paziente, fintanto che il suo sistema immunitario sia sufficientemente potente da poter fronteggiare la malattia*″. La pratica è stata approvata nel 1987 dall'Ordine degli infermieri del Quebec ed è promossa da molte altre organizzazioni professionali di infermieri. Da allora è stato utilizzato con successo in molti paesi per la cura di malati e anziani. Dopo un progetto pilota della durata di un anno nell'istituto per anziani "Parkheim Berg" di Stoccarda, in cui il Tocco Terapeutico è stato utilizzato in tutti i settori residenziali, il metodo è oggi utilizzato soprattutto per la cura ed il trattamento dei residenti affetti da demenza. Secondo una statistica del 1998 è praticato da infermieri in almeno 80 ospedali degli Stati Uniti d'America e del Canada ed è insegnato in oltre 100 università e istituti superiori in 75 paesi.

[68] V. Iacchia.(2009)*L'arte del massaggio*. Infermieristica e cure complementari. Agorà n.42. Ipasvi Como.

Il Tocco Terapeutico si basa sulla teoria ripresa dagli antichi e dagli orientali che il corpo è costituito da un'energia vitale. Con questo punto di vista, l'essere umano non è composto solo di materia, carne e muscoli ma anche di un "campo energetico" che mantiene in vita il corpo fisico facendo funzionare gli organi, rinforzando il sistema immunitario, attivando le numerose funzioni basilari. Il campo energetico è diviso in diversi strati che si irradiano dal corpo e divengono sempre più sottili a mano a mano che si procede verso l'esterno, aumentando di frequenza le loro vibrazioni. Lavorando su questi strati si va ad agire sulla componente psicofisica, migliorando lo stato di benessere. Il discorso sull'energia vitale dell'uomo è ampiamente discussa nel capitolo quattro, utile al fine di comprendere anche la tecnica del Tocco Armonico. Oltre all'armonizzazione del campo energetico umano, al rilassamento di blocchi muscolari e di energia e allo stimolo del flusso di energia nel corpo, il Tocco Terapeutico pone attenzione sulla qualità del contatto. Questo massaggio è una pratica di guarigione basata sull'uso consapevole delle mani per dirigere e modulare, una serie di energie umane non fisiche che attivano l'organismo.

Peggy Dawson, neozelandese, insegnante di massaggio infantile e con specializzazione professionale nella cura ed assistenza ai malati terminali ha successivamente ampliato le tecniche del "tocco" e ha portato in Italia il "Nurturing touch" (tocco che nutre). Esso rappresenta un "ponte" che consente al paziente di non restare solo con le sue paure e ne riduce la confusione e l'isolamento. Il Tocco Terapeutico è fondato sugli insegnamenti di Marta Rogers, che considera l'organismo umano come modello energetico complesso in cui l'interazione fra infermiere e paziente è uno scambio energetico. L'obiettivo perseguito dal terapista è quello di riequilibrare e rimodellare il campo energetico, favorendo il rilassamento ed il processo di guarigione [69]. L'operatore con l'uso delle mani valuta il campo bioenergetico nei suoi aspetti, quindi qualità, temperatura, massa, vuoti e riconosce gli squilibri o i blocchi allo scopo di rimuovere l'energia in eccesso o di accrescere o trasformare il flusso energetico. I maggiori effetti del TT sono la diminuzione dell'ansia e del dolore, l'induzione del rilassamento e il rinforzo del processo di guarigione (Krieger 1979) [70]. Altri studi hanno dimostrato che il TT agisce

[69] Krieger D., Il tocco terapeutico. La forza guaritrice del Therapeutic Touch. Red Edizioni.
[70] Davidhizar R., Shearer R. Jun 1998. Nursing Management. *A touch of care*. Vol 6,28.

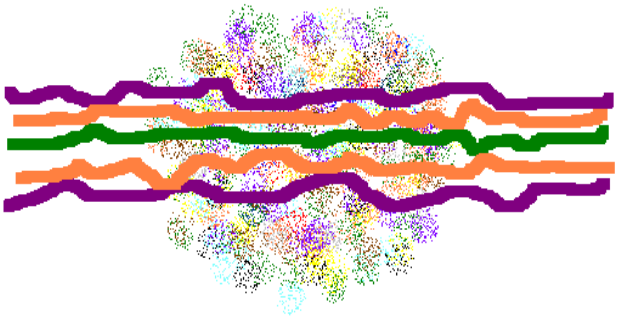
sui valori di ematocrito , sulle onde cerebrali e sugli stati ansiosi [71]. Sentire l'energia con la mano (ricevere informazioni) e con la stessa mano ridarla alla persona che ne ha bisogno (dare informazioni), non si tratta solo di una tecnica del contatto che si può imparare con apposita formazione ma di un'arte, che si sviluppa con anni di esperienza e con l'aumento della sensibilità. Utilizzare questo metodo è oltremodo appagante. Chiunque può impararla con apposita formazione. Il metodo standardizzato del Tocco Terapeutico prevede fasi ben determinate anche se a seconda delle necessità e del tempo, la flessibilità non solo è possibile ma anche importante. Utilizzare questo metodo è oltremodo appagante.

[71] Pollock M.N.(2002).*Dal cuore attraverso le Mani. Un nuovo metodo di cura. Amore Incondizionato e Therapeutic Touch*. Corbacci editore.

CAPITOLO 4

IL TOCCO ARMONICO

Il massaggio lento



A cura di D'ANTONI ENZO
Ideatore del Tocco Armonico

4.1 LE RADICI

Il Tocco Armonico trova le sue origini dal Body Harmony ,tecnica di massaggio per la quale sono stato formato nel 1995, ideata dal Sig. Don Mc Farland, terapista Americano della Tecnica Cranio- sacrale. Il Body Harmony è una tecnica realizzata attraverso l'integrazione di metodi tradizionali ed esoterici, con alla base un'importante requisito: il tocco deve essere dolce, delicato e non invasivo; l'approccio deve essere personalizzato per ogni cliente.

Il Tocco Armonico nasce nel 1997, in seguito ad una serie di mie personali intuizioni e sperimentazioni di dinamiche manuali ed articolari, di nuovi movimenti e pressioni sulle varie zone corporee.

4.2 IL CORPO UMANO E LE SUE ENERGIE

"Anche se ci sono dolori / e siamo tormentati dalla sfortuna / in noi scorre / la linfa vitale dell'Universo."

Rubèn Darìo (1867 – 1916) Poeta Nicaraguense

4.2.1 L'ENERGIA VITALE

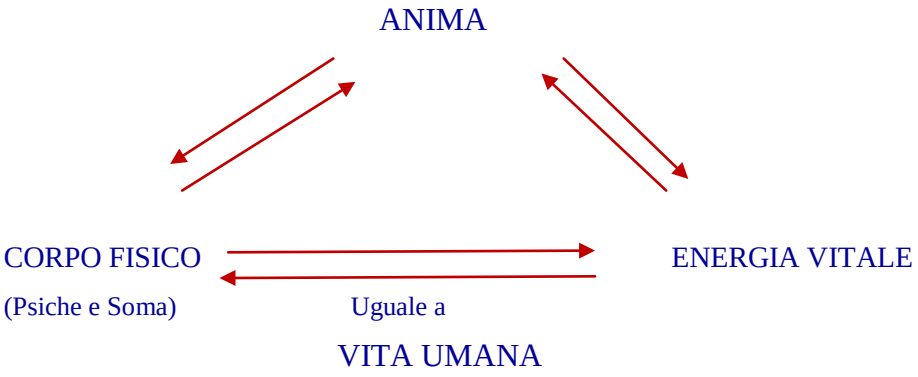
Gli esseri viventi sono microcosmi che vivono e si relazionano continuamente con il macrocosmo (Universo) e le energie in esso presenti. Più che nel pianeta terra noi viviamo nell'Universo e da questo ne siamo continuamente influenzati; basti pensare all'energia solare: senza di essa non potremmo vivere.

Ogni essere vivente è reso tale grazie all'Energia Vitale o Universale presente nel proprio organismo. Non siamo semplici strutture fisiche rappresentate e contenute da un corpo ma bensì "Esseri di Energia". Se andiamo oltre la visione biologica, che considera l'organismo umano un insieme di tessuti e organi, e analizziamo il nostro corpo dal punto di vista della costituzione e del funzionamento della materia possiamo dire che siamo costituiti da "strutture energetiche". Gli atomi stessi da cui siamo composti sono formati da particelle più piccole come il nucleo e gli elettroni; quest'ultimi si dividono in componenti ancora più minuscoli come i gluoni, i neutrini, i quark, fino ad arrivare a parti infinitesimali della materia, rappresentate da cariche positive e cariche negative, i cosiddetti "buchi bianchi" e "buchi neri". Questi costituiscono insieme pura energia dinamica, denominata anche particella dell'universo fisico. Da tali considerazioni possiamo definire il nostro corpo un "insieme energetico" di *buchi neri* e *buchi bianchi* abitato dalla nostra anima. L'Energia Vitale o Universale permette alla nostra anima di vivere all'interno di un corpo fisico,il nostro organismo, mantenendolo in vita. L'anima può essere definita come una *coscienza che origina l'esperienza di esistere*, essa ci permette di percepire i pensieri, di desiderare, di sentire e di vivere le emozioni e le sensazioni, di creare o distruggere.

Quando la nostra anima è turbata da tensioni e/o traumi si crea uno squilibrio a livello dell'Energia Vitale che influenzerà, a sua volta, il corpo fisico: quest'ultimo manifesterà su di sé blocchi energetici che potranno diventare fenomeni patologici.

Quando nell'organismo l'Energia Vitale si esaurisce (con la morte) l'anima abbandona il corpo fisico; nel corpo fisico cessano tutti i meccanismi energetici che lo tenevano in vita, con conseguente decomposizione della materia.

ORGANISMO UMANO



Il microcosmo umano riceve costantemente influenze energetiche dal microcosmo universale (es. aria, acqua, vento, calore, freddo …). Nel contempo il microcosmo umano è in grado, a sua volta, di influenzare energeticamente il macrocosmo universale: sono un esempio le trasformazioni che nei secoli l'uomo, attraverso le sue attività, ha esercitato nei confronti del proprio ambiente; non solo ma anche i piccoli gesti quotidiani come il semplice respirare, i nostri comportamenti, i nostri pensieri e le parole dette, sono espressioni energetiche che interagiscono con l'Universo. Tutto ciò che pensiamo, diciamo e facciamo crea cause (positive o negative) destinate, inevitabilmente ad interagire con l'immensa energia dell'Universo.

Questa Energia Vitale nell'essere umano, oltre al mantenimento delle funzioni cellulari, permette di pensare, parlare ed agire nel proprio ambiente di vita e nei soggetti in cui è disturbata o ristagnante, le potenzialità creative personali non potranno esprimersi al meglio; da ciò ne derivano malessere psico-fisico-emozionale e cause (pensieri, parole e azioni) infauste.

Questa Energia esordisce nel momento in cui l'ovulo viene fecondato dallo spermatozoo e iniziano a formarsi le prime cellule del nuovo organismo umano e durante lo stadio embrionale e quello fetale l'Energia Vitale del piccolo essere umano interagisce con quella della madre.

La qualità di tale interazioni energetiche influenzano lo sviluppo intrauterino del futuro nascituro sia dal punto di vista psico-fisico che emozionale-caratteriale. Dalla nascita in poi l'Energia Vitale dell'individuo sarà soggetta a stimoli salutari e traumatici, di tipo ambientali (fisici e sociali), alimentari, relazionali, culturali.

Inoltre l'Energia Vitale è sostenuta e rinnovata da una adeguata alimentazione, da una buona respirazione, da attività manuali, creative e ginniche, dal sonno ristoratore, da soddisfacente attività sessuale, da buone relazioni e da tutto ciò che produce sano piacere al corpo e alla psiche, e si manifesta a noi stessi , agli altri e all'ambiente circostante attraverso i nostri pensieri, le nostre parole e le nostre azioni nonché attraverso l'aspetto fisico, le espressioni del viso, la corporeità, le sensazioni ed emozioni.

Essa sviluppa una forza in grado di guidare in maniera armoniosa e salutare il funzionamento e la struttura del corpo e della mente, secondo un processo costante e creativo l'Energia Vitale sostiene le attività cellulari e dei fluidi corporei al fine di garantire il funzionamento olistico dell'organismo umano anche di fronte a situazioni fortemente traumatiche inoltre, tende sempre e comunque verso la generazione di uno stato vitale ottimale nonostante attacchi o impedimenti derivanti dall'interno dell'organismo o dall'ambiente esterno.

L'Energia Vitale possiede una saggezza ed un potere notevoli, spesso o del tutto sottovalutati da noi esseri umani: essa, sen ben sostenuta ed indirizzata nel corso della vita quotidiana, permette all'organismo di esprimere il suo potenziale innato ad alti livelli in tutte le attività umane e soprattutto nell'affrontare con maggior vigore i disagi psichici, fisici ed emozionali. Essa è comunque fortemente influenzata (nel senso di indebolimento o rafforzamento) dai nostri pensieri positivi e negativi, dai nostri desideri, dalle nostre scelte di vita e dalle azioni che compiamo ogni giorno per soddisfare i nostri bisogni. Un corpo attivo, nutrito adeguatamente, una psiche creativa e relazioni costruttive (nonché gioiose) accrescono il potere dell'Energia Vitale. Viceversa un corpo sedentario, male alimentato, con una mente chiusa ai cambiamenti e lamentosa, contribuirà ad un abbassamento dell'Energia Vitale e alla manifestazione di ″ristagni″energetici. Spetta ad ogni singolo individuo riconoscerla e sostenerla nel suo perpetuo agire per garantire, a se stessi, uno stato vitale equilibrato e vibrante.

Nel caso in cui l'Energia Vitale è debole l'individuo avrà un calo anche dello Stato Vitale (astenia, "calo energetico", depressione …). La persona con un ottimo Stato Vitale sente di vivere in armonia con sé stessa e con l'ambiente circostante, influenzando positivamente le persone che appartengono al suo ambiente di vita con relazioni gratificanti e successi personali.

Coloro che godono di un ottimo stato vitale e hanno consapevolizzato l'arte del "*mantenersi in buona salute"* sono in grado di fornire "buone energie" alla comunità e di creare valore.

"La nostra vita in ogni momento abbraccia tutti i fenomeni ed è dotata di un potenziale vasto come l'Universo. Quando prendiamo coscienza di questo fatto la nostra esistenza inizia ad aprirsi agli altri, alla società e all'Universo nel suo insieme" (Daisaku Ikeda, Presisente della Soka Gakkai Internazionale).

Ascoltare con attenzione ciò che nel quotidiano accade all'interno e all'esterno della nostra vita non è cosa semplice, poiché la nostra mente e il nostro corpo sono bersagliati da innumerevoli informazioni e stimoli che concedono poco spazio ad una riflessione profonda di ciò che viviamo.

Efficientismo, estetismo, consumismo e materialismo (fenomeni profondamente radicati nella società occidentale) stanno sempre più allontanando le persone dalle proprie vite: penuria di dialogo, solitudine, perdita dei valori umani, senso di impotenza e preoccupazione generalizzata indeboliscono le persone e, di conseguenza, il loro stato vitale. Il malessere esistenziale contemporaneo che stiamo vivendo a livello personale, familiare, sociale, politico, e culturale sviluppa stili di vita lontano dai valori edificanti propri dell'essere umano. Stili di vita deleteri sono all'origine di disarmonie a livello psico-corporeo. Per mantenere un buono stato di salute, e quindi un buon equilibrio dell'Energia Vitale, occorre prendere coscienza di ciò che ci fa stare veramente bene e di ciò che per noi è dannoso, sviluppando un senso critico verso la realtà e decidendo di Essere Sé Stessi piuttosto che seguire l'onda dello slogan "Io posseggo e sono in sintonia con la moda del momento, perciò Sono".

4.2.2 I PERCORSI ENERGETICI DEL TOCCO ARMONICO

Prima di trattare nello specifico i Percorsi Energetici del Tocco Armonico è necessario illustrare brevemente alcune dottrine e tecniche terapeutiche che lavorano espressamente sull'Energia Vitale presente nell'organismo umano. Tale citazione è necessaria per comprendere meglio la definizione dei Percorsi Energetici e le loro peculiari caratteristiche funzionali.

Medicina Tradizionale Cinese

Secondo la Medicina Tradizionale Cinese (M.T.C.) tutti i fenomeni naturali fanno riferimento ai cinque elementi (legno, acqua, terra, fuoco, metallo); gli stessi fenomeni sono considerati e regolati da due tipologie di "forze energetiche": lo Yin o forza negativa e lo Yang o forza positiva. Il giorno e l'uomo, ad esempio, sono considerati manifestazioni energetiche Yang mentre la notte e la donna sono forze energetiche Yin. L'equilibrio di Yin ed Yang e le modalità attraverso le quali le stesse mutano sono essenziali per gli stati ed il funzionamento, non solo dell'organismo umano ma anche dell'intero universo. In oriente si considera l'essere umano un microcosmo dell'universo governato dai cinque elementi e dalle forze energetiche di Yin ed Yang. Gli organi sono suddivisi in due gruppi: sei organi Yang (o positivi) e sei Yin (o negativi). Ogni organo rappresenta anche uno dei cinque elementi e funziona in modo complementare ad un altro organo: ad esempio se il cuore (organo di fuoco) si ammala, il fegato (organo di legno) complementare al cuore si ammala anch'esso in quanto il fuoco può distruggere il legno.

Per la M.T.C. l'Energia Vitale è chiamata Chi (in Giappone Ki) e scorre nel corpo attraverso quattordici canali invisibili detti *meridiani* sui quali si trovano dislocati quasi quattrocento punti: definiti anche *"Punti di Agopuntura"* o *Tsubo* nello *Shiatsu*.

Ogni meridiano è definito dall'organo, o funzione, connessi al suo flusso di energia.

In totale i meridiani sono14 e sono divisi in forze negative (Yin) e positive (Yang), sei sono meridiani Yang: Cistifellea, Stomaco, Intestino piccolo, Grosso intestino, Vescica urinaria, Triplo riscaldatore (meridiano del pancreas); sei sono meridiani Yin: Rene, Cuore, Polmone, Fegato, Milza, Maestro del cuore (funzione della circolazione), e due sono i meridiani che controllano il flusso energetico nelle linee meridiane: il Vaso governatore (Yang) e il Vaso concezione (Yin).

Agopuntura e shiatsu applicate sia in forma preventiva, sia in forma curativa, lavorano su questi meridiani per “sbloccare” le zone congeste o ″vuote″ d’Energia Vitale in modo che quest’ultima possa fluire liberamente nell’organismo e sostenere le funzioni corporee.

Cranio- sacrale

William Gardner Sutherland si può considerare il padre della tecnica cranio sacrale, dimostrò attraverso esperimenti condotti sul proprio cranio, che le ossa craniche si muovono per scopi fisiologici ben precisi e importanti per l’organismo.

Sutherland riconobbe anche che esistono forze vitali intrinseche nel corpo umano dedite al mantenimento dell’equilibrio funzionale dello stesso. Esistono movimenti delicati presenti nel corpo che sono prodotti dal flusso della nostra forza vitale (energia di vita). Nello specifico la forza vitale, che è al centro della teoria di craniosacrale, è stata definita da Sutherland come il Respiro della Vita.

Sutherland dichiarò che il Respiro della Vita si trasmette al corpo generando ritmi sottili e che il liquido cerebrospinale esprime la potenza e la distribuzione del Respiro della Vita. Il Respiro della Vita possiede una sua propria intelligenza mirata ad ordinare e regolare le funzioni cellulari. L’obiettivo di guarigione scaturisce dal favorire la distribuzione equilibrata della forza vitale del corpo. La terapia cranio-sacrale basa i propri interventi sulle origini dei disturbi di salute attivando quelle leggi naturali della guarigione insite dentro l’organismo umano e rappresenta uno strumento potente e delicato per alleviare la sofferenza e ristabilire buona salute.

Bioenergetica

La Bioenergetica è una disciplina olistica che pone la sua attenzione primaria sulla comprensione della personalità attraverso il corpo ed i suoi processi energetici.

In questa dottrina, le funzioni basilari della vita umana generano dal metabolismo, dalla respirazione e dall’energia prodotta dal movimento. *I processi energetici dell’organismo umano sono in continua relazione sistemica con lo stato di vitalità del corpo*. L’energia che ciascun individuo possiede determina la qualità e le situazioni della propria vita: *più si è vivi, maggiore energia si possiede. Rigidità o tensioni croniche diminuiscono la vitalità ed abbassano l’energia*.

L’età inevitabilmente porta rigidità corporea, in tale ottica la mente ed il corpo sono funzionalmente identici: ciò che si manifesta a livello mentale produce un coinvolgimento energetico a livello somatico. La bioenergetica prevede lavori sul corpo sia attraverso esercizi speciali di rivitalizzazione energetica sia attraverso massaggi sui tessuti muscolari.

I Percorsi Energetici

La tecnica del Tocco Armonico si esplica attraverso movimenti lenti della mano dell’operatore, sulla pelle scoperta o coperta dagli indumenti del ricevente, e sulle articolazioni che presentano zone contratte o viceversa scarsamente toniche (“vuote”). I movimenti della mano “esplorano” e seguono quelli che nel Tocco Armonico si chiamano i *“Percorsi Energetici”*. I percorsi energetici sono tracce visibili e non, “sentieri sensoriali” che il corpo del ricevente esprime al massaggiatore affinché quest’ultimo li esplori e li percorra dando origine ai movimenti energetici di cui il soggetto ricevente ha bisogno.

Questi Percorsi sono rappresentati da una moltitudine di manifestazioni espresse dal corpo della persona ricevente, quali sottili e micro movimenti dei fasci muscolari; zone “vuote” e zone “congeste” di energia ovvero zone corporee contratte o poco toniche; “inviti e limiti” tissutali presenti nell’epidermide, nel sottocute, nei muscoli, nelle ossa, negli organi, e nei visceri; zone che richiedono una pressione più o meno accentuata della mano.

I Percorsi Energetici non sono linee energetiche preordinate ma si esprimono solo nel momento in cui la mano dell’operatore tocca la zona da trattare. Sono l’espressione diretta del corpo ricevente che indirizza la mano dell’operatore su come agire per portare benessere in quella zona e in tutto il corpo stesso. Nel Tocco Armonico infatti l’operatore non esercita un massaggio attivo e deciso a priori ma agisce assecondando i Percorsi Energetici. Quando la mano operante entra in contatto con i Percorsi Energetici, quest’ultimi si attivano in modo da attivare l’Energia Vitale del ricevente, la quale agisce affinché il corpo trovi le soluzioni biologiche più adeguate per rispondere a quelle condizioni di malessere che disturbano la persona. Sostanzialmente, operando il Tocco Armonico sui Percorsi Energetici, le zone tissutali “congeste” (traumatizzate, contratte, infiammate, dolenti…) rispondono con “movimenti energetici”.

Le mani dell'operatore possono avvertire movimenti pulsanti di tipo puntorio, circolare, lineari, ondeggianti ad intermittenza o continui; aumento della temperatura sulla zona trattata; riduzione della tensione tissutale, "scatti tissutali" improvvisi. La persona ricevente potrà avvertire movimenti di vario tipo non solo ed esclusivamente sulle zone toccate dalle mani dell'operatore ma in tutto il corpo: stato di rilassamento generalizzato; vecchi dolori che si riaccendono in zone che hanno subito traumi, solitamente sono di tipo fugace e in movimento, cioè non ben localizzati che tendono a svanire in pochi minuti; scatti muscolari come segno di scioglimento delle tensioni; miglioramento della respirazione (respiro più lento e libero); sensazione di un corpo più pesante o più leggero, allungato o allargato; percezione maggiore di movimenti energetici all'interno del corpo; sensazioni di svuotamento o di riempimento; sensazioni anestetiche; momenti di sonno profondo. Tutto ciò avviene sbloccando le zone tissutali congeste e tonificando le zone "vuote", permettendo all'Energia Vitale di fluire in maniera fisiologica e "rivitalizzante" nell'organismo.

4.3 TOCCO ARMONICO: UN GESTO CORPOREO SENSIBILE

Il nostro corpo è in costante contatto con le cose che ci circondano:oggetti, superfici, altri esseri viventi e ogni contatto con il mondo esterno a noi genera esperienze che influenzano le nostre vite. Nel caso del Tocco Armonico si vive un'esperienza di contatto significativamente profonda. Una seduta di trattamento è un'esperienza intercorporea ed intersoggettiva in continuo divenire. L'esperienza non rimane limitata negli spazi e nel tempo della seduta, ma continua ad esprimersi nelle ore e nei giorni successivi sui piani psico-fisico-emozionali.

Il Tocco Armonico esprime gesti che appartengono alla dinamicità continua e non a semplici successioni manuali istantanee.

Esso è indirizzato dal corpo ricevente attraverso le sue più svariate espressioni topiche e globali, intrise di vissuti e di messaggi sottili. Per l'operatore ogni particolare corporeo richiama il senso dell'intero. L'operatore che agisce il Tocco Armonico, si muove all'interno di un lavoro corporeo sensibile collocato tra la propria sensibilità terapeutica e le potenzialità terapeutiche del paziente.

Il Tocco Armonico è l'espressione di un attento ascolto empatico- tattile- cinestesico tra ricevente ed operatore, poiché nel toccare si è contemporaneamente toccati. Entrambi i soggetti vivono una condizione vitale di contatto e movimento. I gesti che si compiono sono parte di una relazione riconosciuta come stra-ordinaria (fuori dall'ordinario) per l'intensità esperienziale unica ed irripetibile: in tale relazione tattile si condividono energie fisiche, psichiche ed emozionali sui piani soggettivo ed intersoggettivo. Nell'esperienza del Tocco Armonico l'operatore è portato a creare un clima inter-relazionale basato sull'accoglienza rispettosa dell'altro evitando le categorizzazioni, giudizi e pregiudizi: si tratta di una vera e propria condivisione esperienziale tra operatore e soggetto ricevente. Ad ogni seduta si verifica un indiretto scambio energetico indirizzato a cambiamenti benefici per entrambi i soggetti; sovente accade che l'operatore, al termine della seduta di Tocco Armonico, riporti un sostanziale cambiamento in positivo dello stato vitale (rilassamento e tonificazione).

Il Tocco Armonico è una predisposizione all'atto del cogliere e dell'accogliere: piuttosto che manipolare zone corporee secondo dettami terapeutici stabiliti, si asseconda il divenire corporeo del ricevente laddove le mani sono poste. Una richiesta del corpo, rivolta verso un cambiamento benefico, non và indirizzata ma seguita secondo le sue esigenze.

4.3.1 QUALITA' DEL TOCCO

Le mani traspaiono l'essenza di una persona e ciò che essa vive. Un corpo attraversato da tensioni energetiche esprime attraverso le proprie mani durezza, staticità e indisponibilità, viceversa un corpo generalmente libero da tensioni e con un buon stato vitale avrà le mani predisposte verso un contatto ricettivo e sensibile alle sfumature.

Nel Tocco Armonico il contatto diviene *"toccare per cambiare"* secondo le esigenze dell'organismo ricevente. Le mani dell' operatore si plasmano al variabile esporsi delle superfici corporee; quest'ultime a loro volta seguono i movimenti delle mani in un straordinario "incontro energetico ed emozionale". Mani e corpo ricevente esprimono una relazione creativa, proiettata al recupero di condizioni salubri.

Le mani ed il corpo toccato lasciano una traccia di senso in entrambi i soggetti. L'operatore che opera il tocco a sua volta è toccato dal corpo ricevente.

Laddove esiste una reciproca apertura (tra operatore e ricevente) si realizza una genuina esperienza relazionale di con-tatto terapeutico.

Le mani dell'operatore sono pazienti e attente ascoltatrici: devono sensibilmente percepire i vuoti, le congestioni ed i movimenti energetici sottili che man mano incontrano nel corso del loro operare e vanno esercitate affinché diventino abili esploratrici delle manifestazioni energetiche espresse dal corpo del soggetto ricevente. Durante il tocco le mani si rendono disponibili ad accogliere e conoscere i segnali inviati dai siti tissutali in esplorazione. In contemporanea lo sguardo dell'operatore coglie e valuta visivamente le manifestazioni energetiche espresse dal corpo sia localmente che globalmente.

Le mani, per cogliere meglio le espressioni energetiche, vanno poste distese e aperte alla ricerca della maggior superficie di contatto, ogni piccola area tattile della mano svolge un ruolo essenziale per la realizzazione di un buon con-tatto terapeutico.

Nel contatto ampio le mani percepiscono dapprima ciò che la superficie toccata esprime (avvallamenti, tensioni più o meno circoscritte, movimenti energetici, lassità…) per poi agire con movimenti lenti assecondando le consistenze tissutali, la loro richiesta di pressione e via via le manifestazioni energetiche che emergono.

4.4 DEFINIZIONE E DESCRIZIONE DELLA TECNICA

Il Tocco Armonico è un massaggio molto lento e rispettoso che si attua attraverso una serie di movimenti delicati delle articolazioni, pressioni e movimenti manuali leggeri sulla cute del soggetto ricevente. L'operatore previa attenta osservazione della persona, agisce sulle zone corporee maggiormente contratte o doloranti, oppure su zone che appaiono più scariche dal punto di vista "energetico". In seguito a un'acuta osservazione rispetto all'espressione del viso, la tonalità della voce, lo stato d'animo, la postura, il ″linguaggio″ delle varie zone corpo, il massaggiatore avrà individuato le zone da trattare. È probabile che queste zone cambino durante il trattamento o da una seduta all'altra, sarà quindi necessaria una rivalutazione del corpo e degli elementi generali che ci delineano la condizione psicofisica del cliente.

Il Tocco Armonico può essere praticato in ambienti chiusi ed aperti, purché puliti e rispettosi per la persona. Il ricevente può stare in posizione seduta, sdraiata o anche eretta e non è necessario che il soggetto ricevente si spogli.

Il massaggio ha una durata variabile: da un minimo di 3 minuti ad un massimo di 2 ore. Oltre la mezz'ora di trattamento si consiglia di far sdraiare il soggetto poiché, per l'effetto rilassante ottenuto, il ricevente potrebbe addormentarsi durante la seduta. Il Tocco Armonico non si contrappone alla medicina convenzionale e non si applica in alternativa ad essa ma si propone come utile strumento da utilizzare nella relazione d'aiuto attraverso l'uso sapiente delle mani. Questa metodologia di massaggio sembra essere un valido ausilio nelle dinamiche della relazione d'aiuto, facilitando l'aderenza del paziente al programma terapeutico.

La tecnica

L'esecuzione del trattamento include varie fasi:

1. **Preparazione dell'ambiente**:

   L'ambiente nel quale si tiene una seduta di Tocco Armonico deve essere predisposto con cura: deve essere confortevole sia per la persona ricevente che per l'operatore. Converrebbe creare un clima più tranquillo e rilassante possibile con un microclima che deve essere mantenuto intorno ai 22-24 gradi (d'estate aria climatizzata). Arieggiare la stanza dopo ogni seduta e mantenerla in buono stato igienico. Tutto questo è sicuramente più facilmente da applicare in ambito privato, in ospedale è comunque importante cercare di predisporsi in un ambiente isolato dai rumori e dalle distrazioni.

2. **Preparazione dell'Operatore:**

   Il vestiario dell'operatore deve essere sobrio, comodo e possibilmente in cotone. Per eseguire una buona seduta di Tocco Armonico occorre essere rilassati e concentrati. In ospedale ci si deve predisporre al meglio possibile, cercando di tenere uno stato di concentrazione e di rilassatezza che si possono ottenere facendo delle tranche di respirazioni profonde. È sempre importante igienizzare le mani e attuare la tecnica in una posizione comoda che permetta una postura il più possibile corretta.

3. Fase di valutazione:

La fase di valutazione inizia con l'*osservazione* dell'utente rispetto a: espressione del viso, tonalità della voce, stato d'animo, postura, linguaggio corporeo e le varie zone corporee. Dopo questa acuta osservazione il massaggiatore sarà più preparato rispetto alle zone da trattare. Poi segue *l'intervista/ colloquio* in cui si compila una Scheda di Valutazione del Tocco Armonico, in cui si raccolgono i dati anagrafici, le patologie passate e presenti, i traumi subiti, fastidi e dolori e infine la parte psicoemotiva che traspare ma che allo stesso tempo ci riferisce il cliente. Dopo segue la *passeggiata esplorativa* (se possibile farla), consiste nel far camminare la persona ricevente (scalza) avanti, indietro e lentamente allo scopo di evidenziare: la postura durante la camminata, le zone corporee più contratte e quelle più lasse, quelle più mobili e quelle più ferme, eventuali asimmetrie, il tipo di respiro, l'espressione facciale, i colori dei vestiti e come questi si modellano sul corpo e infine come poggiano i piedi sul pavimento. Da questa prima osservazione, traspaiono le zone che sono anatomicamente ″congestionate″ o ″vuote″. Molte volte in ospedale non è possibile effettuare tutte le fasi, ma quella che deve sempre essere fatta è quella dell'osservazione, anche se effettuata con paziente sdraiato nel letto perché è fondamentale per capire le zone da trattare.

4. Applicazione tecniche manuali preparatorie al Tocco Armonico:

Un trattamento in ambito privato richiede anche tecniche preparatorie quali: *Valutazione energetica* dell'emisoma destro e dell'emisoma sinistro (si pongono le mani a circa 2 – 3 cm dalla regione superiore della testa per valutare la differenza energetica dei due emisoma); il *massaggio scapolare* (massaggio dello spazio sottoscapolare con la punta delle dita di una mano), *pressioni manuali* (*Allegato 2*) sull'intera regione posteriore del corpo, effettuato con utente in posizione prona e *massaggio del dorso con olio* (*Allegato 3*) effettuato a discrezione dell'operatore in casi di problematiche particolari della schiena.

5. Massaggio Tocco armonico

Applicato sul cliente in posizione supina se sdraiato sul letto/lettino da massaggio o seduto se sulla poltrona. Le mani solitamente sono direttamente a contatto con le superfici corporee anche se a volte il Tocco Armonico può essere svolto sugli strati energetici che avvolgono esternamente il copro umano (Aura) ma si ricorre a tale modalità quando la persona ricevente presenta alcune aree corporee molto congeste e difese, pertanto si evita il contatto diretto sulla pelle e/o sui vestiti per evitarle sensazioni di fastidio.

Viaggiando con le mani sui percorsi energetici si può percepire l'armonia o la frammentazione corporea, la pesantezza o la leggerezza, la fluidità o la rigidità, tonicità o lassità, benessere o malessere.

Nel muovere lentamente le mani si osservano le zone trattate e il resto del corpo per valutarne, durante la seduta, i cambiamenti che esso produce. L'operatore muoverà le mani lungo gli inviti dei percorsi energetici e si fermerà ogni qualvolta sentirà "ostacoli sottili" lungo i tessuti esplorati e prolungherà il contatto, rimanendo in ascolto dei messaggi energetici, ogni qualvolta la zona trattata glielo "chiederà": accade che la zona trattata richieda semplicemente una mano ferma, in ascolto e accoglienza, oppure un aumento o diminuzione della pressione.

Un operatore abile riesce anche a percepire collegamenti energetici tra le zone corporee trattate e organi, visceri e altre zone distanti da quelle toccate; molte volte capita che la stessa persona ricevente confermi tali collegamenti energetici. Ad esempio può capitare di trattare una caviglia con ambedue le mani e percepire un collegamento energetico con la spalla sinistra. Il soggetto ricevente potrebbe riferire qualche sensazione fisica alla spalla sinistra a conferma della percezione avvertita dall'operatore. Le mani nel loro agire devono essere morbide, armoniose e in costante ascolto di ciò che accade sulle superfici trattate e nel resto del corpo nonché in relazione alle sensazioni espresse verbalmente dal cliente. I movimenti delle mani non si esplicano solo su e lungo le superfici tissutali ma anche sui percorsi energetici espressi dalle piccole e grandi articolazioni. Le articolazioni sono spesso snodi corporei soggetti a blocchi energetici che si ripercuotono sulle zone anatomiche circostanti e sul resto del corpo generando ulteriori congestioni energetiche.

Le zone corporee maggiormente trattate con il tocco armonico sono il capo, il collo, le spalle, il torace, l'addome, la zona lombare e sacrale, il bacino, gli arti superiori ed inferiori. (Illustrazioni:*Allegato 4*)

6. Fase di rivalutazione

Comprende l'*osservazione* del paziente con lo stesso metodo della valutazione iniziale che permette di identificare le modificazione psicofisiche; un breve *colloquio post-seduta* con il cliente, il quale riferirà sensazioni e impressioni avute durante e dopo la seduta e infine l'annotazione di eventuali osservazioni sulla scheda.

7. Illustrare alcuni esercizi utili al cliente

Comprendono lo stiramento a letto, la corretta discesa dal letto, mantenimento di una corretta posizione eretta e insegnamento di un corretto respiro.

Spesso le incalzanti tempistiche dell'ospedale non rendono possibile effettuare tutte le fasi, sono sicuramente più facili da svolgere in un ambiente privato e scelto accuratamente. In ambito ospedaliero si inizierà direttamente con la fase *valutativa* comprendente l'osservazione sulla postura e l'atteggiamento del corpo e il colloquio/intervista, poi si applicherà il *Tocco Armonico* a letto del paziente e infine si proporrà l'*intervista* post-trattamento.

4.5 INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI

Il Tocco Armonico è indicato per tutte le persone, di qualsiasi età, che siano in salute o siano affette da qualsiasi patologia clinica fisica o psichica. Perché agisce a livello olistico e non si occupa nello specifico della patologia. Inoltre non ha effetti collaterali, ma può avere manifestazioni come nausea, emicrania o dolori localizzati considerati positivi perché segnalano il rimettersi in moto di processi infiammatori che sono rimasti bloccati e silenti nel corpo. Si tratta comunque di una sintomatologia a durata breve con la tendenza (soprattutto rispetto al dolore) a spostarsi nel corpo fino ad esaurirsi. La sintomatologia è dovuta allo scioglimento dell'energia che avviene con la liberazione di tossine.

Controindicato è il trattamento di donne in stato di gravidanza, a causa della mancata esperienza in questo campo clinico e nel caso di ustioni o ferite aperte. Questo perché il contatto diretto con la mano può recare dolore o fastidio al ricevente. Nel caso delle ustioni si può agire con il Tocco Armonico a una distanza di 2-3 cm dalle lesioni e in caso di ferite si può appoggiare la mano sopra la medicazione chiusa. Infine non si può trattare una persona senza il suo consenso.

4.6 BENEFICI DEL TRATTAMENTO

Nella mia esperienza personale, con il Tocco Armonico, le persone trattate riferivano un miglioramento dello stato vitale descrivendolo come una situazione di profondo rilassamento e/o una condizione di tonicità psicofisica, con riferimenti a sensazione di un corpo più leggero o gradevolmente pesante, un addome "svuotato", voglia di fare, respiro "più libero". Altri effetti benefici osservati sono: rilassamento psichico e fisico; le riduzione delle tensioni muscolari e articolari; un miglioramento della digestione e della respirazione e della qualità del riposo notturno; la stimolazione della diuresi con effetto drenante; un beneficio rispetto alle dinamiche della relazione d'aiuto e miglioramento dello stato vitale con riferimento a un gradevole stato di benessere generale.

Per quanto riguarda i disturbi riferiti, il Tocco Armonico ha agito in modo significativo su:

- situazioni di stress psicofisico;
- astenia psicofisica;
- sincope;
- stati febbrili ed infiammatori in generale;
- stati d'ansia e attacchi di panico;
- crampi, dolori e contratture muscolari;
- cefalea ed emicrania;
- algie viscerali ed articolari;
- disturbi del sonno;
- disturbi della digestione.

Su questi disturbi il trattamento ha agito diminuendo o eliminando completamente la sintomatologia. Durante la seduta l'utente avverte un Tocco delicato e non invasivo. Il movimento delle mani è impercettibile, data la lentezza di applicazione e in genere già questo induce un notevole rilassamento.

4.7 CHI PUÒ PRATICARE IL TOCCO ARMONICO E IN QUALI AMBITI

Il Tocco Armonico può essere imparato e praticato da tutti anche da persone al di fuori dell'ambito sanitario anche se è più indicato per chi ha conoscenze medico-scientifiche e psicologiche come medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, ostetriche e O.S.S. Le nozioni necessarie di anatomia e fisiologia possono essere imparate durante il corso di formazione. Ciò che serve è la voglia di imparare, di approcciarsi e relazionarsi attraverso la comunicazione non verbale facendo star meglio le persone che abbiamo attorno.

Per apprendere questa tecnica si frequenta un corso che comprende 5 moduli in cui si alternano momenti di pratica e di teoria e laboratori esperienziali per sviluppare maggior consapevolezza del proprio corpo, del corpo dell'altro, delle dinamiche di relazione corporea e di osservazione del corpo. L'obiettivo del corso è di acquisire

consapevolezza e capacità di dirigere le energie vitali della persona trattata, di acquisire conoscenze ed abilità tecniche.
Tra i moduli, un fine settimana a cadenza mensile, gli apprendisti devono affinare la pratica trattando e documentando almeno 5 casi per ogni modulo. Per riportare i dati osservati e gli effetti del trattamento si utilizza una scheda predisposta che sulla quale è anche prevista una parte per le osservazioni del cliente.
Alla termine del corso i partecipanti ricevono un attestato di partecipazione che li abilita a tutti gli effetti all'esecuzione della tecnica.

Il Tocco Armonico può essere praticato in qualsiasi ambiente lavorativo o relazionale con la possibilità di applicarlo nei propri contesti lavorativi per favorire e agevolare la relazione e il benessere degli utenti. Il Tocco Armonico è attualmente praticato in ambito psichiatrico nel SERT di Moncalieri su pazienti con dipendenze patologiche e nella SC di Terapia Antalgica dell'ospedale Molinette di Torino. Per quanto riguarda il SERT gli obiettivi del trattamento sono: ridurre gli stati d'ansia, indurre un rilassamento psicocorporeo, tonificare l'umore, trattare le zone congeste e ridurre il dolore. Per quanto riguarda invece la Terapia Antalgica si propone per lo più una riduzione dell'ansia pre operatoria, del dolore intra e post operatorio e un miglioramento dello stato psicofisico generale del paziente. Questi sono anche parte degli obiettivi prefissati per lo studio presentato in questa tesi.

CAPITOLO 5

LO STUDIO DELLA TECNICA APPLICATA:

osservazione e analisi

5.1 LA RICERCA

5.1.1 OBIETTIVI DELLA RICERCA

L'obiettivo generale della ricerca è verificare l'utilità del Tocco Armonico nel trattamento di pazienti in particolari situazioni assistenziali; nell'assistenza infermieristica a pazienti trattati con terapie chirurgiche e mediche; nell'assistenzaq preoperatoria; nella fase di preparazione del paziente a particolari procedure chirurgiche e mediche.

In particolare si vuole verificare se in conseguenza al trattamento è avvenuta:

- una riduzione del dolore percepito del paziente;
- una riduzione del distress personale e quindi se presenti una diminuzione delle emozioni negative e un conseguente aumento del benessere psicofisico;
- una riduzione dell'ansia da procedura e da contesto clinico;
- una variazione dei parametri vitali.

La popolazione considerata è costituita da pazienti con una determinata condizione clinica di dolore acuto o cronico in trattamento presso la SC Terapia del dolore- Ospedale San Giovanni battista- Molinette. Verrà osservato come questi gruppi abbiano reagito al trattamento a livello fisico ed emotivo.

Obiettivo specifico 1 : Fare un confronto tra un gruppo di pazienti che ha ricevuto il trattamento e un gruppo che non l'ha ricevuto (entrambi sottoposti a intervento chirurgico),in modo da rilevare le eventuali differenze di approccio sia rispetto all'intervento che rispetto alle pratiche cliniche effettuate in previsione all'intervento, eventuali differenze rispetto alle variabili elencate nell'obiettivo specifico generale. A tutti e due i gruppi è stato somministrato un questionario che ha permesso di ottenere i dati utilizzati per lo studio.

Obiettivo specifico 2: Documentare tra gli utenti che sono stati trattati con il Tocco Armonico il grado di apprezzamento e rilassamento e misurare tra i pazienti che non l'hanno ricevuto quanti l'avrebbero gradito.

5.2 IL METODO

5.2.1 CONTESTO DELLA RICERCA

La ricerca è stata condotta in un periodo di tirocinio dal 28 marzo all'8 giugno 2011 presso la SC Terapia del dolore - cure palliative -, dirigente medico D.ssa Anna De Luca , dell' ospedale San Giovanni Battista- Molinette. Grazie al consenso del dirigente medico, in questo reparto è stato possibile introdurre nuove tecniche e terapie complementari come riflessologia plantare, ipnosi e da due anni il Tocco Armonico, praticato da un'infermiera con un'istruzione di secondo livello rispetto alla tecnica.

Il primo obiettivo terapeutico di questo Reparto è il controllo del dolore e degli altri sintomi della malattia per mezzo delle terapie farmacologiche analgesiche e sintomatiche più avanzate e offre anche ai pazienti la possibilità di partecipare a studi clinici che valutano terapie analgesiche innovative. La qualità di vita del malato è al centro del progetto clinico e viene considerata sia dal punto di vista del sollievo dei sintomi fisici che di quelli psicologici, sociali e spirituali. Per questa ragione la SC apprezza il contributo di diverse professionalità e discipline: la medicina del dolore e palliativa, l'assistenza infermieristica, il counselling psicologico, la riabilitazione e le discipline complementari.

La presa in carico del paziente include massima attenzione alla comunicazione e rispetto dell'autonomia dell'utente. Inoltre nel reparto vi è un supporto da parte del medico neurologo che svolge un ruolo importante nella cura e nella riabilitazione dei pazienti complessi e offre un servizio interno ma anche ambulatoriale.

I tipi di procedura chirurgica considerati sono:

- Blocco delle faccette articolari: è una procedura che si esegue nel momento in cui è presente una sindrome algica caratterizzata da dolore profondo, dovuto sia a patologie degenerative delle articolazioni sia alla presenza di un quadro di instabilità segmentale. In anestesia locale, si iniettano anestetici locali attraverso un ago speciale proprio in prossimità della faccetta articolare [72].

- Infiltrazione peridurale: con questo tipo di procedura e' possibile somministrare farmaci analgesici, anestetici e antinfiammatori a ridosso delle radici nervose, quindi quanto più vicino possibile alla sede del dolore. L'infiltrazione peridurale trova indicazione nelle patologie acute e croniche della colonna vertebrale come il mal di schiena da o da nevralgia post-erpetica[73].

- Radiofrequenza: Dopo la somministrazione di anestesia locale, il medico inserisce un ago nell'area dove il paziente avverte dolore e poi lo specialista stimola i nervi vicini alla punta dell'ago per assicurarsi che sia correttamente inserito e nel punto giusto. Dopo di che si trasmetterà corrente a radiofrequenza per ricondizionare od interrompere il funzionamento del nervo che manda segnali di dolore al cervello.

- Inserimento CVC: Nell'ambito della Terapia del dolore il CVC si inserisce per lo più in funzione di una terapia antalgica o terapeutica necessaria per la cura di una patologia oncologica o cronica. I tipi di catetere inseriti (in anestesia locale) in maggior numero sono di tipo Hohn, Port-a-cath e Groshong, non richiedono manovre eccessivamente invasive tranne l'inserimento del Port, essendo un sistema totalmente impiantabile richiede una manovra più invasiva e cruenta rispetto agli altri due.

[72] www.anestesiaweb.it (ultima consultazione 09-08-2011)
[73] www.anestesiaweb.it (ultima consultazione 09-08-2011)

- Altre procedure chirurgiche: si riferisce ad altre tecniche diverse da queste, mirate alla risoluzione di una sintomatologia dolorosa più accentuata o in una zone più specifiche, non risolvibile con le procedure precedentemente descritte. Un esempio è il posizionamento di cateteri spinali in cui la tecnica per il posizionamento del catetere è analoga a quella di esecuzione del blocco delle faccette articolari, l'unica differenza è che attraverso l'ago viene fatto passare un catetere che raggiunge lo spazio epidurale. Questo catetere viene poi "tunnellizzato" cioè passato sotto la cute, e collegato a sistemi esterni di somministrazione continua di farmaci, perlopiù oppiacei (pompe elettroniche o elastomeriche).

5.2.2 IL CAMPIONE

I pazienti presi in esame sono stati ricoverati presso SC Terapia del dolore-cure palliative in seguito alla persistenza di un dolore incontrollato, spesso refrattario alle usuali terapie farmacologiche.

È stata prevista la selezione casuale, senza esclusioni, di tre gruppi di pazienti:

- un gruppo di pazienti che sarà sottoposto ad una procedura chirurgica. Questi gruppo verrà trattato prima, dopo e durante la procedura (per un tempo minimo di 10 minuti) con il Tocco armonico. Verrà somministrato un questionario ″Scheda di Valutazione del Tocco Armonico 1″ (SVTA 1), costruito appositamente per questa ricerca per valutare valori soggettivi quali dolore, ansia e stati emozionali pre e post procedura. Verranno poi compilate delle schede con la rilevazione della PAO, FC e SpO2.

- un gruppo di pazienti sottoposto a una procedura chirurgica che però non sarà trattato con il Tocco Armonico. Al gruppo verrà somministrato un altro tipo di questionario sempre pre e post procedura ″Scheda di valutazione del Tocco Armonico 2″ (SVTA 2) e verranno sempre valuti gli stessi parametri prima elencati.

- un gruppo di pazienti che arrivano per un dolore incontrollato di tipo oncologico che non sarà sottoposto a procedura chirurgica ma una cura farmacologica per il controllo del dolore insieme al quale si proporrà un trattamento di Tocco Armonico per il controllo dei sintomi. Questi pazienti verranno trattati (per un tempo di 30-40 minuti) in attesa della visita medica, prima dell'inizio della terapia e durante il periodo di latenza del farmaco. Il gruppo compilerà il questionario (SVTA 3) e saranno valutati gli stessi parametri dei due gruppi precedenti.

I questionari, formulati in modo che rimanessero anonimi, sono stati somministrati dopo l'approvazione della singola persona a partecipare allo studio. Tutti gli utenti hanno firmato un consenso informato in cui dichiaravano di aver avuto tempo sufficiente per leggere, comprendere e farsi spiegare quanto contenuto nella scheda informativa allegata, di essere consapevoli della partecipazione volontaria e che l'intervista non avrebbe avuto alcuna finalità valutativa, ma mirata esclusivamente a raccogliere dati riguardanti la ricerca. La scheda informativa consegnata a ciascun paziente spiegava la tipologia di massaggio, la modalità di applicazione, i presunti effetti benefici del massaggio e la tipologia di studio effettuato, definito con gli obiettivi, gli strumenti e la metodologia dello studio.

I dati raccolti dai questionari sono stati trasferiti su excel e poi la matrice dei dati è stata sottoposta ad analisi mono e bivariate con un programma statistico PASW versione 18 che ha permesso di calcolare frequenze, percentuali, medie per quanto riguarda l'analisi descrittiva e per quanto riguarda l'analisi bivariata di calcolare statistiche di gruppo, statistiche per campioni appaiati, per campioni indipendenti e rilevare le correlazioni fra i vari gruppi di studio.

5.2.3 STRUMENTI UTILIZZATI

Il questionario

I questionari sono tre e sono chiamati ″Scheda di Valutazione Tocco Armonico″ (SVTA) distintamente 1,2 e 3 (*Allegato 6*). I tre questionari sono impostati con la stessa modalità e tipo di domande specialmente l'1 e il 2 in quanto rivolti entrambi a pazienti sottoposti a procedura chirurgica, la variazione sta nell'assenza nel questionario 2, di domande relative al trattamento, presenti invece nel 3 che differisce dagli altri due per l'assenza di domande relative alla procedura chirurgica.

Quindi tutti e tre i questionari hanno la compilazione dei seguenti campi:

-data di nascita: per valutare poi in seguito l'età media dell'utenza;

-problemi di salute;

-Scala numerica Likert NRS del dolore, da 0 a 10. La domanda è inserita nel questionario tre volte, indicando il dolore provato nell'ultima settimana (equivalente a quella antecedente il ricovero), provato all'arrivo in reparto cioè prima dell'intervento/trattamento e provato dopo l'intervento/ trattamento. Queste due ultime sono accompagnate da una domanda in cui il paziente indica con una crocetta la sede anatomica del dolore , su una figura umana disegnata sul piano frontale e posteriore.

-Scala numerica Likert da 0 a 10 che valuta quanto il dolore abbia interferito con le attività di vita quotidiana durante la settimana;

-Scala di valutazione verbale visiva che valuta il benessere della settimana antecedente il ricovero. Il paziente sceglie il descrittore che più si avvicina alla sua sensazione di benessere che vanno da molto bene a molto male. Nell'analisi dei dati è stata considerata come una scala Likert con punteggio da 1 a 6, dove 1 corrisponde a ″molto male″ e 6 a ″molto bene″, quindi considera 6 modalità che sottendono valori numerici. Questa domanda è presente anche nella parte di questionario pre intervento/trattamento e post intervento/trattamento;

- Domanda tratta dallo *State-Trait Anxiety Inventory – STAI , (* di C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch e R.E. Lushene; traduzione e adattamento a cura di R. Lazzari e P. Pancheri)

strumento utilizzato in psicologia clinica per rilevare e misurare gli stati di ansia. In questo caso la domanda rileva vari stati emotivi sia positivi che negativi. La domanda è politomica in quanto il paziente può scegliere da una a tre emozioni da un elenco di 28 opzioni di scelta elencate e, indicarne l'intensità con una scala numerica likert che va da 0 a 10 . La stessa domanda si ripete nella parte di questionario pre e post intervento/trattamento;

- la *Edmonton symptom assessment scale- ESAS* (Bruera E, Kuehn N, Miller M, et al.) costituita da nove scale numeriche likert da 0 a 10 per valutare l'eventuale presenza e intensità di stanchezza, nausea, depressione, ansia, sonnolenza, inappetenza, malessere, difficoltà a respirare o altro, se presenti. In questa scala si valuta l'intensità per cui 0 corrisponde a ″per niente″ e 10 a ″la peggiore possibile″.È una scala utilizzata a livello internazionale nella pratica clinica oncologica. Con l'analisi dei dati della mia ricerca si è verificata un'affidabilità della scala ESAS nella fase del pre intervento con un' α di Cronbach (= .703), così è stata utilizzata anche nella parte di questionario post intervento. *(Tabella 1)*

Tabella 1. Affidabilità della scala ESAS

Statistiche di affidabilità	
Alfa di Cronbach	N di item
,703	9

-domanda aperta che lascia lo spazio alla trascrizione di osservazioni generali;

-domanda aperta che da la possibilità di riportare le osservazioni del paziente.

Nei questionari SVTA 1 e 2 sono presenti altre domande rispetto a:

-dolore percepito durante l'inserimento della cannula venosa periferica e dolore percepito durante la procedura in sala operatoria, valutati con due scale numeriche likert (che si rifanno alla NRS) da 0 a 10.

- Scala numerica Likert da 0 a 10 per la valutazione dell'ansia dovuta all'intervento chirurgico se presente,dove 0 indica ″no ansia″ e 10 ″tantissima ansia″.

Nei questionari SVTA1 e SVTA3, essendo riguardanti pazienti che hanno ricevuto il trattamento di Tocco Armonico, ci sono domande che indagano:

- Scala numerica Likert da 0 a 10, dove 0 indica″per niente″ e 10 indica ″moltissimo″ per valutare il gradimento del trattamento;

- Scala numerica Likert dove 0 rappresenta″per niente″ e 10 rappresenta ″moltissimo″ per valutare il grado di rilassamento.

Infine il questionario SVTA2 conclude con una domanda di indagine rispetto all'utilizzo di un trattamento che permette il rilassamento, la riduzione dell'ansia e del dolore, come il Tocco Armonico. La domanda è di tipo dicotomico, quindi prevede una singola risposta tra due scelte, in questo caso SI, indica che il paziente utilizzerebbe il Tocco Armonico per un'eventuale ipotesi di re-intervento ,o NO che indica la rinuncia ad utilizzare il trattamento per un'eventuale ipotesi di re-intervento.

In allegato al questionario è presente una tabella per la trascrizione dei parametri vitali quali PAO, FC e SpO2 rilevati nella fase del pre e nel post intervento/trattamento e anche nella fase intra-operatoria nel caso del SVTA 1 e 2.

5.3 ANALISI DEI DATI

Questa analisi dei dati prende in considerazione le seguenti ipotesi:

- La presenza di una differenza tra i trattati e i non trattati a livello psico-fisico, in particolare sullo stato di benessere e malessere, sui parametri vitali, rispetto al dolore pre, intra e post intervento, rispetto al piano emotivo.
- Se c'è una correlazione tra i numeri di trattamenti di TA effettuati e lo stato psico-fisico post intervento.
- Se c'è una correlazione tra i numeri di trattamenti di TA effettuati e il benessere durante la settimana e il benessere pre intervento.

5.3.1 ANALISI DESCRITTIVE

Il gruppo dei partecipanti

Il gruppo preso in considerazione conta in totale 69 utenti di cui 42 femmine (61%) e 27 maschi (39%) con età media pari a 66 anni (min=30 anni, max=86 anni, DS = 14,123). Tutti i pazienti si sono sottoposti alla procedura chirurgica e al trattamento con il Tocco Armonico in media 1 volta. Rispetto alle procedure, 24 hanno eseguito il Blocco delle faccette articolari (35%), 28 hanno eseguito infiltrazioni peridurali (40%), 9 hanno inserito un Catetere venoso centrale (CVC) (13%), 4 hanno eseguito una tipologia di intervento diverse da queste (6%) e 4 non hanno eseguito la procedura chirurgica (6%). Dei 69 totali, 29 sono stati trattati e hanno eseguito la procedura chirurgica (42%), 36 si sono sottoposti a procedura chirurgica ma non sono stati trattati con il Tocco Armonico (52%) e infine 4 non hanno eseguito procedura chirurgica ma sono stati trattati (6%). *(Tabella 2)*

Tabella 2.Frequenze e percentuali dei tre gruppi di pazienti presi in considerazione per lo studio.

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Validi	Trattati e chirurgia	29	42,0	42,0
	Non trattati e chirurgia	36	52,2	52,2
	Trattati e no chirurgia	4	5,8	5,8
	Totale	69	100,0	100,0

Dei 69 pazienti totali, 29 (42%) non hanno mai ricevuto un trattamento, 35 (50,7%) hanno ricevuto un trattamento e 5 (7,2%) hanno ricevuto due trattamenti. Rispetto all'intervento chirurgico, 39 (56,5%) non hanno mai eseguito l'intervento chirurgico, 17 (24,6%) hanno eseguito almeno una l'intervento chirurgico e 13 (18,8%) l'hanno eseguito già due volte.

Il dolore.

Rispetto al dolore percepito, il totale dei 69 pazienti (che abbiano ricevuto o no il trattamento) ha avuto un'intensità media del dolore durante la settimana di 5,17 (DS=2,956); l'interferenza del dolore con la vita quotidiana ha una media di intensità di 5,04 (DS=3,867); al dolore pre trattamento hanno dato una media di 4,46 (DS=2,805) ; su quello post trattamento si ha una media di intensità di 2,03 (DS=1,948) sul totale dei 35 pazienti che hanno ricevuto il trattamento di TA prima di andare in sala operatoria, e infine una media di 2,13 (DS=2,537) sull'intensità di dolore post trattamento/intervento.

Il benessere percepito.

Sul benessere, il totale dei 69 pazienti ha dato una intensità media di 3,7 (DS=1,01); rispetto a quello pre intervento/trattamento ha dato una intensità media di 3,9 (DS= 0,8) ; e per quello post intervento/trattamento una intensità media di 4,4 (DS=0,8).

Le emozioni provate.

Sul totale dei 69 utenti, 18 (26%) hanno provato emozioni positive e 51 (74%) ha provato emozioni negative. Le emozioni prevalenti, che siano positive o negative, sono state percepite con un'intensità media di 7,23 (DS=1,9). Nella fase del pre intervento/trattamento, 23 (33,3%) hanno provato emozioni positive e 46 (66,7%) hanno provato emozioni negative. Le emozioni prevalenti, che siano positive o negative, sono state percepite con un'intensità media di 6,8 (DS=2,3). Nel periodo post intervento/trattamento 59 (86%) hanno provato emozioni positive, 10 (14,5%) hanno provato emozioni negative. Le emozioni positive sono state percepite con un'intensità media di 8 (DS=1,9) e quelle negative sono state percepite con un'intensità media di 6,10 (DS=1,8). Nello specifico:

-Rispetto alle emozioni durante la settimana antecedente all'intervento, sul totale dei 69 utenti, l'emozione provata con percentuale più alta è l'ansia (28 %), poi a seguire c'è la tranquillità (19%), la preoccupazione (12%), la tristezza (9%) e la rabbia (6%), le altre emozioni hanno una percentuale inferiore al 5%. Di questi totali 69, 63 hanno scelto una seconda emozione e sempre a decrescere abbiamo la malinconia (11,1%),

preoccupazione (10%), angoscia (8%), tristezza e paura (6,3%). La terza emozione è stata segnalata da 61 utenti che hanno scelto preoccupazione (12%), malinconia (8,2%); mentre la quarta l'hanno scelta in 58 con rabbia e preoccupazione (7%) , ansia (5,2%).

-Per quanto riguarda le emozioni appena prima all'intervento sul totale dei 69 utenti, l'emozione provata con percentuale più alta è di nuovo l'ansia (41,2 %), poi a seguire c'è la tranquillità (28%), le altre emozioni hanno una percentuale inferiore al 5%. Di questi totali 69, 35 hanno scelto una seconda emozione e sempre a decrescere abbiamo la malinconia (11,4%), preoccupazione e tristezza (14,3%), e infine angoscia, ansia, agitazione e apprensione (9%). La terza emozione è stata segnalata da 16 utenti che hanno scelto preoccupazione (31,3%) e inquietudine e speranza (13%), malinconia, disagio, apprensione e paura (6,3%); mentre la quarta l'hanno scelta in 11 con rabbia e tristezza (7%) e in secondo piano malinconia, paura, fastidio e inadeguatezza (9%).

-Nel post intervento sul totale dei 69 utenti, l'emozione provata con percentuale più alta è la tranquillità (46 %), poi a seguire c'è la serenità (13,2%) e il sollievo (10,3%); le altre emozioni hanno una percentuale inferiore al 5%. Di questi totali 69, 41 hanno scelto una seconda emozione e sempre a decrescere abbiamo il sollievo (27%), la speranza (20%), tranquillità (10%) e serenità (7,3%). La terza emozione è stata segnalata da 23 utenti che hanno scelto tranquillità (30,4%), preoccupazione (17,4%), sollievo e speranza (13%) e infine ottimismo (8,7%) ; mentre la quarta l'hanno scelta in 6 con speranza (33,3%) e in secondo piano fiducia, inquietudine, malinconia e inadeguatezza (17%).

La scala ESAS

Nella fase pre-intervento il dolore è stato provato con un'intensità media di 4,46 (DS=2,80), la stanchezza con un'intensità media di 2,41 (DS=3,3), la nausea con un'intensità media di 0,03 (DS=0,241), la depressione con un'intensità media di 2,03 (DS=3,2), l'ansia con un'intensità media di 3,29 (DS=3,5), la sonnolenza con un'intensità media di 1,99 (DS=2,7), l'inappetenza con un'intensità media di 1,20 (DS=2,8), il malessere con un'intensità media di 1,59 (DS=2,8), la difficoltà a respirare con un'intensità media di 0,74 (DS=1,9).*(Tabella 3)*

Tabella3. Medie delle intensità rispetto alle voci della scala ESAS nel pre-intervento.

Statistiche descrittive					
	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
Dolore pre-intervento	69	0	10	4,46	2,805
intensità stanchezza pre-intervento	69	0	10	2,41	3,273
intensità nausea pre-intervento	69	0	2	,03	,241
intensità depressione pre-intervento	69	0	10	2,03	3,276
intensità ansia pre-intervento	69	0	10	3,29	3,448
intensità sonnolenza pre-intervento	69	0	10	1,99	2,725
intensità inappetenza pre-intervento	69	0	10	1,20	2,847
intensità malessere pre-intervento	69	0	10	1,59	2,835
intensità difficoltà respirare pre-intervento	69	0	10	,74	1,953

La media totale della scala ESAS su tutti i valori dei 69 pazienti è di 1,97 (DS=1,50).

Nella fase post-intervento il dolore è stato provato con un'intensità media di 2,13(DS=2,5), la stanchezza con un'intensità media di 1,41 (DS=2,7), la nausea con un'intensità media di 0,14 (DS=0,86), la depressione con un'intensità media di 0,87 (DS=2,14), l'ansia con un'intensità media di 0,55 (DS=1,4), la sonnolenza con un'intensità media di 2,74 (DS=3,17), l'inappetenza con un'intensità media di 1,03 (DS=2,91), il malessere con un'intensità media di 0,74 (DS=1,7), la difficoltà a respirare con un'intensità media di 0,33 (DS=1,19). *(Tabella 4)*

Tabella4. Medie delle intensità rispetto alle voci della scala ESAS nel post-intervento.

Statistiche descrittive					
	N	*Minimo*	*Massimo*	*Media*	*Deviazione std.*
Dolore dopo intervento e tocco	*69*	*0*	*10*	*2,13*	*2,537*
intensità stanchezza post-intervento e tocco	*69*	*0*	*10*	*1,41*	*2,740*
intensità nausea post-intervento e tocco	*69*	*0*	*6*	*,14*	*,862*
intensità depressione post-intervento e tocco	*69*	*0*	*9*	*,87*	*2,141*
intensità ansia post-intervento e tocco	*69*	*0*	*6*	*,55*	*1,481*
intensità sonnolenza post-intervento e tocco	*69*	*0*	*10*	*2,74*	*3,175*
intensità inappetenza post-intervento e tocco	*69*	*0*	*10*	*1,03*	*2,915*
intensità malessere post-intervento e tocco	*69*	*0*	*9*	*,74*	*1,788*
intensità difficoltà respirare post-intervento e tocco	*69*	*0*	*6*	*,33*	*1,196*

La media totale di tutti i valori sui 69 pazienti è di 1,97 (DS=1,50).

I parametri vitali.

Media dei valori nel pre-intervento/trattamento: tra tutti i 69 pazienti, la pressione sistolica ha una media di 127,99 (DS=18,635) con un valore massimo di 185 e un minimodi 80; la pressione diastolica ha un valore medio di 71,54 (DS=12,79) con un massimo di 100 e un minimo di 40; la Frequenza cardiaca ha una media di 71,07 (DS=12,43) con un valore massimo di 100 e un minimo di 50; la SpO2 ha una media 96,41 (DS=1,889) con un massimo di 99 e un minimo di 89.

Media dei valori durante l'intervento: tra tutti i 65 pazienti, la pressione sistolica ha una media di 138,97 (DS=25,31) con un valore massimo di 212 e un minimodi 100; la pressione diastolica ha un valore medio di 74,28 (DS=12,83) con un massimo di 120 e un minimo di 50; la Frequenza cardiaca ha una media di 71,46 (DS=11,36) con un valore massimo di 99 e un minimo di 48; la SpO2 ha una media 96,97 (DS=1,77) con un massimo di 100 e un valore minimo di 90.

Media dei valori post-intervento/trattamento: tra tutti i 69 pazienti, la pressione sistolica ha una media di 128,14 (DS=19,40) con un valore massimo di 200 e un minimodi 81; la pressione diastolica ha un valore medio di 69,57 (DS=13,72) con un massimo di 102 e un minimo di 43; la Frequenza cardiaca ha una media di 70,25 (DS=11,2) con un valore massimo di 96 e un minimo di 49; la SpO2 ha una media 96,29 (DS=2,108) con un massimo di 100 e un valore minimo di 88.

Inoltre sul totale dei 35 pazienti che hanno ricevuto il TA si ha una media di 9,26 (DS=1,31)rispetto al gradimento del trattamento, una media di 9,23 (DS=1,35) rispetto al grado di rilassamento in seguito al trattamento. *(Tabella 5)*

Tabella 5.Medie totali rispetto al gradimento e al rilassamento ottenuto con il TA.

Statistiche descrittive					
	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
gradimento tocco armonico	35	5	10	9,26	1,314
Grado rilassamento tocco armonico	35	5	10	9,23	1,352

Sul totale dei pazienti che non hanno ricevuto il trattamento (35), 28 (82,4%) sarebbero disposti a farsi trattare con il TA per un eventuale ipotesi di intervento del futuro, mentre 6 (17,6%) non lo farebbero.

5.3.2 ANALISI BIVARIATE

Analizzando i dati ricavati dai questionari sono emerse statistiche significative:

-Vi è una differenza tra i trattati con il Tocco Armonico e i non trattati, che hanno subito l'intervento chirurgico, nel periodo post operatorio per quanto riguarda la scala ESAS: nei trattati si è ottenuta una media dei punteggi più bassa rispetto al gruppo dei pazienti non trattati ($t [65]= -2.41$, $p < .05$). Nel dettaglio abbiamo un confronto dei vari punteggi della scala ESAS tra i trattati e i non trattati nel momento post operatorio con alcuni risultati significativi che equivalgono alla diminuzione di alcune delle 9 sensazione spiacevoli elencate nella ESAS, nel caso dei pazienti trattati e quindi la *stanchezza* è minore nei trattati rispetto ai non trattati ($t [65]= -1.202$, $p< .05$) come anche la *nausea* ($t [65]= -1.259$, $p< .05$); la *depressione* ($t [65]= 1.823$, $p< .05$); l'*ansia* ($t [65]= - .977$, $p< .05$); l'*inappetenza* ($t [65]= -2.243$, $p< .05$) e il *malessere* ($t [65]= -1.191$, $p< .05$).

-Si è fatto un confronto tra le sensazioni pre e le sensazioni post intervento nei pazienti trattati sempre per quanto riguarda la scala ESAS e si è fatto lo stesso confronto nei pazienti non trattati.

Per quanto riguarda i trattati abbiamo un *dolore* più alto nel pre operatorio che nel post (t [58]= 3.337, p< .05); la *stanchezza* più elevata nel pre operatorio che nel post (t [58]= 2.639, p< .05); la *depressione* è minore nel post operatorio rispetto al pre operatorio (t [58]= 3.068, p< .05); l' *ansia* è più alta nel pre operatorio che nel post (t [58]= 5.905, p< .05) e infine la *sonnolenza* più elevata nel post operatorio rispetto al pre intervento (t [58]= -2.102, p< .05).

Per quanto riguarda i non trattati invece, le uniche due sensazioni che si modificano sono il dolore e l'ansia: nel pre intervento si ha un *dolore* più elevato rispetto al post intervento (t [72]= 4.429, p< .05) e un'*ansia* più bassa nel post operatorio rispetto al pre operatorio (t [72]= 3.908, p< .05). Per quanto riguarda l'ansia per l'intervento, i trattati precedentemente all'intervento hanno un'ansia minore rispetto ai non trattati: media di 1,76 dei trattati contro a una media di 3,3 dei non trattati (su una scala Likert da 0 a 10).

Quindi mettendo a confronto i due gruppi trattati e non trattati emerge una differenza rispetto alla *stanchezza* e alla *depressione,* che nei non trattati rimangono invariata fra pre e post mentre nei trattati diminuiscono nel post operatorio e rispetto alla *depressione* che nei non trattati rimane invariata tra pre e post, mentre nei trattati aumenta nel post operatorio.

-Lo studio inoltra ha rilevato una differenza della pressione sistolica, misurata in sala operatoria, tra i pazienti trattati e non trattati. Infatti nei trattati rimane a livelli più bassi rispetto ai non trattati (t [65]= - .246, p< .05).

-Un altro dato significativo corrisponde al fatto che i pazienti che hanno ricevuto il Tocco Armonico percepiscono meno dolore all'inserimento dell'ago cannula nella fase del pre intervento rispetto a chi non l'ha ricevuto (t [65]= - 1.435, p< .05).

-Sono state fatte correlazioni (r di Pearson) tra il numero di trattamenti ricevuti e punteggio ESAS post intervento e tra numero di trattamenti e benessere sia della settimana sia pre intervento. I risultati sono i seguenti: gli utenti che hanno ricevuto più trattamenti durante i ricoveri hanno segnalato un punteggio ESAS post intervento più basso rispetto a chi l'ha ricevuto una volta sola (r [69] = -3.26, p< .05) ; i pazienti che hanno ricevuto più trattamenti hanno un benessere maggiore durante la settimana che precede l'intervento rispetto a chi l'ha ricevuto una volta sola (r [69] = .252, p< .05) e

infine gli utenti che hanno ricevuto più trattamenti hanno segnalato un benessere pre intervento maggiore rispetto a chi l'ha ricevuto una volta sola (r [69] = .251, p< .05).

-Per verificare differenze sul dolore intraoperatorio è stato preso in considerazione solo il gruppo di 13 pazienti che ha eseguito l'intervento di Radiofrequenza in quanto, secondo le risposte fornite dai pazienti, risulta l'intervento più doloroso rispetto agli altri tipi di intereventi descritti in precedenza. Si è notato infatti che vi è una differenza significativa sul dolore intraoperatorio tra chi ha ricevuto il Tocco Armonico e chi non l'ha ricevuto: nei trattati il dolore percepito è minore rispetto ai non trattati (t [13] = .06, p< .05).

-Per quanto riguarda la parte emotiva si riscontra nella fase post operatoria dei pazienti trattati una percentuale di scelta più elevata rispetto ai non trattati di emozioni come: un senso di serenità con un 16% contro un 11% dei non trattati e un senso di sollievo con un 19% contro un 3% dei non trattati, come prima scelta. Come seconda scelta si riscontra nuovamente un senso di sollievo del 29% contro un 25% e come terza scelta un 40% di tranquillità contro un 13% e un senso di speranza del 14% contro un 12%.

-A parte invece è il discorso dei 4 pazienti che hanno ricevuto il TA senza aver eseguito procedura chirurgica perché in questi pazienti il trattamento è l'unica variabile che può aver fatto cambiare i parametri. Questi pazienti, che sono pazienti oncologici, non hanno assunto farmaci o ricevuto anestesie, hanno ricevuto il trattamento in attesa della visita. Prima del trattamento, hanno riferito: una medie del dolore sulla scala NRS pari a 3,25 (max=6,min=0) e post trattamento di 0,25 (max=1,min=0) (*Tabella 6*); un punteggio medio ESAS nel pre trattamento di 38,25 e nel post di 8,5; un benessere pre trattamento di 3,25 e post di 2,5 considerando però in questo caso che più il punteggio è basso, più il benessere è elevato. Infine hanno riferito un punteggio medio di gradimento del trattamento di 9,25 e di rilassamento di 9,5. A livello emotivo, premettendo il complesso stato di malattia, il 75% ha dichiarato nel pre operatorio uno stato di ansia, preoccupazione, rabbia e paura; nel post operatorio il 25% ha riportato nuovamente queste emozioni, il restante 75% ha dichiarato sollievo, tranquillità e speranza,provate con un'intensità media (da 0 a 10) di 7. (*Tabella 6*)

Tabella 6. Punteggi NRS pre e post operatorio.

	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
NRS_PRE	4	,00	6,00	3,2500	2,75379
NRS_POST	4	,00	1,00	,2500	,50000
Validi (listwise)	4				

5.4 RISULTATI

Facendo riferimento agli obiettivi proposti all'inizio della ricerca, in seguito allo studio effettuato si può dedurre che il Tocco Armonico ha influenzato il percepito dei pazienti che l'hanno ricevuto per quanto riguarda il periodo perioperatorio in diversi punti. A proposito del dolore ci sono stati dati significativi rispetto alla percezione del dolore in seguito all'inserimento dell'ago cannula e rispetto al dolore intra operatorio dei pazienti che hanno eseguito l'intervento di radiofrequenza, in quanto intervento più doloroso rispetto agli altri. Infatti per quanto riguarda il dolore intra operatorio dei pazienti che hanno eseguito gli altri interventi chirurgici non ci sono stati dati significativi in quanto anche l'anestesia ha giocato un ruolo importante rispetto alla percezione del dolore dell'intervento, tenendo comunque conto che sono interventi non molto dolorosi eseguiti in regime di day hospital. I pazienti che non hanno ricevuto il Tocco Armonico hanno dato in media un 3,4 al dolore intra operatorio, mentre per le Radiofrequenze la media del dolore intra operatorio (senza TA) è di 6,18 . Inoltre si è verificata una diminuzione del dolore post trattamento con il Tocco Armonico eseguito prima di andare in sala operatoria (media del dolore pre intervento è 4,46 e la media post Tocco Armonico è 2,03).

Per quanto riguarda il benessere si rileva un aumento dello stato di benessere e quindi una diminuzione dello stato di malessere nei pazienti sottoposti a trattamento. Infatti relativamente all'analisi della scala ESAS e quindi dello stato di malessere generale comprendente diverse sensazioni spiacevoli, il punteggio diminuisce notevolmente su alcune sensazioni come la stanchezza, la nausea, la depressione, l'ansia, l'inappetenza e il malessere nei pazienti trattati, anche la media totale della scala è minore nei trattati

rispetto ai non trattati. In aggiunta vi è una correlazione tra i numeri di trattamento ricevuti e il benessere durante la settimana seguente e prima dell'intervento che aumenta rispetto a chi invece l'ha ricevuto una volta sola. I numeri di trattamento sono correlati anche con la diminuzione del malessere post operatorio.

Si è rilevata una diminuzione dell'ansia nella fase post operatoria nei trattati rispetto ai non trattati e anche per quanto riguarda l'ansia per l'intervento, i trattati con il Tocco Armonico hanno dichiarato di avere meno ansia rispetto ai non trattati: i primi hanno una media dell'ansia di 1,76 contro una media di 3.3.

L'analisi dei parametri vitali invece ha rilevato un dato significativo rispetto alla pressione sistolica post operatoria, ovvero una diminuzione della stessa nel periodo dopo l'intervento a differenza di quelli che non hanno ricevuto il trattamento, in cui aumentava.

A livello emotivo si nota un miglioramento nei pazienti trattati nel periodo post operatorio, i quali segnalano più emozioni positive rispetto al periodo pre operatorio e rispetto ai non trattati. Le emozioni positive riportate sono sollievo, serenità, tranquillità e speranza.

Molto significativa anche l'osservazione fatta sui pazienti oncologici, in cui si nota un netto miglioramento del dolore nel post trattamento, un aumento del benessere e una diminuzione delle sensazioni negative riferite nella scala ESAS. A livello emotivo c'è stata una riduzione momentanea dello stato di disagio legato alla malattia: essendo pazienti oncologici rimane la sensazione di paura, rabbia e preoccupazione legato alla situazione clinica. Elevato è stato anche il gradimento e il grado di rilassamento dovuti al trattamento. Nel loro caso i risultati sono stati molto significativi in quanto sono pazienti che non hanno ricevuto né anestesia, né farmaci antidolorifici, quindi ciò che ha cambiato in meglio il loro stato di salute è proprio il trattamento di Tocco Armonico.

Inoltre per evidenziare il grado di soddisfazione e rilassamento dei pazienti, mi sembra significativo riportare qui di seguito alcune frasi riferite da loro in seguito al trattamento:

-″Mi sono sentita coccolata e curata. Molto piacevole la sensazione delle mani calde. Lo rifarei″. C. R.

-″Ho avuto come uno scioglimento del senso di ansia che avevo a livello dello stomaco″.D. D.

-″E' una cosa meravigliosa, è stato molto bello e rilassante″.M. P.

-″Sto bene qui. Mi piace come lavorate e il massaggio è stato molto bello″.P. S.

-″Starei qui tutto il giorno. Mi sono sentito tranquillo e mi sono anche addormentato. Prima avevo i polpacci rigidi, ora li sento leggeri″. P. V.

-″Ha le mani calde. Il massaggio mi da un senso di rilassamento e ho anche le gambe rilassate″. K. C.

-″Questo massaggio è molto utile per il dolore, ma anche in sala nei momenti di tensione″. M. G.

-″Mi ha facilitato il sonno e mi sono assopito. Mi ha anche attutito il mal di testa″.M.A.L.

-″Ho un forte senso di benessere e rilassatezza″. D. P.

-″Con questo massaggio ho urinato tantissimo. Non ho mai urinato così tanto!″. C. M.

-″Ho richiesto il Tocco Armonico perché mi sono ricordata dell'altra volta che sono stata bene″.C. M.

-″Me lo rifà?″. C.A.

5.5 CONCLUSIONI

Nell'esperienza effettuata, il Tocco Armonico si è rilevato un valido strumento di aiuto della pratica infermieristica soprattutto nell'approccio relazionale e corporeo. Tutti i pazienti a cui è stato proposto il trattamento hanno accettato e hanno gradito con una media di 9,26 il Tocco Armonico (min =5, max=10) e il grado di rilassamento è stato contemporaneamente 9,26 (min=5, max=10). Riuscire a rilassare un paziente nel periodo perioperatorio è già un gran risultato; il paziente reagisce in modo migliore all'intervento e alle terapie somministrate. Tutti gli altri risultati rilevati sono stati positivi e di un certo valore sia per gli operatori che per gli utenti. C'è anche da dire che un ruolo importante è stato giocato dalla componente emotiva relativa alle situazioni personali del paziente. Anche se l'intervento era in day hospital e di durata breve e ″moderatamente″ dolorosa, molto spesso emergeva uno stato di apprensione e di ansia relativo a componenti esterne a volte difficilmente risolvibili, e quindi difficili da evitare. Molto dipende anche dal tipo di persona trattata; per alcune persone il non essere abituati a non essere ″toccati″ o comunque la sorpresa di ricevere un massaggio in ospedale, senza sapere con certezza in cosa consisteva, rendeva difficile il rilassamento e l'aderenza alle cure. Altri invece proprio per il piacere della novità e la voglia di farsi ″coccolare″, si lasciavano prendere in carico dal personale e accoglievano la tecnica, a volte richiedendo il trattamento una seconda volta nella stessa giornata o per il secondo ciclo di procedura chirurgica. Per molti pazienti ricevere un'attenzione e un trattamento così peculiare nel suo genere, in un ambiente, quello ospedaliero, in cui in genere non è facile fermarsi per parlare e ascoltare, in cui il personale è spesso di fretta e poco attento agli aspetti olistici, questa attenzione particolare ha significato molto. I pazienti dopo queste attenzioni acquistano fiducia, si aprono e si confidano, tirano fuori la loro parte emotiva e a volte piangono a volte ridono, ma starli ad ascoltare in questi momenti o anche solo fermarsi a prendere la loro mano,vuol dire curare. Dei 34 che non hanno ricevuto alcun trattamento, 28 (82,4%) avrebbe accettato il trattamento. Molti di questi hanno comunque voluto provare a ricevere il massaggio, in un altro momento, al di fuori della ricerca.

Il numero ristretto di pazienti osservati e il breve periodo di tempo utilizzato per la ricerca possono essere considerati dei limiti della ricerca. Fra le difficoltà incontrare ha giocato un ruolo importante l'impossibilità di confronto con altri studi su questo argomento, in quanto quello svolto nella tesi risulta essere il primo che prende in esame il Tocco Armonico. Inoltre lo studio è stato condotto in un ambito ben preciso, quello della Terapia del Dolore. Sarebbe interessante effettuare nuovi studi sul Tocco Armonico anche in altri ambiti, come ad esempio quello pediatrico, psichiatrico o geriatrico.

BIBLIOGRAFIA

1. Angelini G. (2000). *La malattia, un tempo per volere. Saggio di filosofia morale*.Vita e Pensiero, Milano.

2. Arco di Giano e A. Parodi.(2003).*Storie della medicina*. Edizioni di comunità,Torino.

3. Argyle M.(2008).*Il corpo e il suo linguaggi.Studio sulla comunicazione non verbale*.
4. Zanichelli.

5. Balduzzi L.(2002).*Voci del corpo. Prospettive pedagogiche e didattiche*. La nuova Italia, Firenze.

6. Bolmida P. (1992).*Considerazioni sul tabù del toccare*. Bollettino dell'Istituto italiano di micropsicoanalisi N. 12, Tirrenia Stampatori.

7. Bohm D.(1996). *Universo mente materia*. Red, Como.
8. Bonacini F.,Marzi A.(2005).*Il tocco come cura.* La rivista italiana per le cure palliative.
9. Capra F.(1995). *Il Tao della fisica*. Adelphi, Milano.
10. Cheli E. *La comunicazione del cuore per un recupero del contatto corporeo e dell'abbraccio.*Comunicazione e relazioni interpersonali.Università di Siena.
11. Connor A., Howett M.(2009).*A conceptual model of intentional comfort touch.* Journal of Holistic Nursing.
12. D'Innocenzo M, Massai D.,Rocco G., Sasso L.,Silvestro A.,Valerio G., Vallicella F.Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi. (2002).*Linee Guida per un percorso di alta formazione. Infermieristica e cure complementari.* Formazione infermieristica.
13. Davidhizar R., Shearer R. Jun 1998. Nursing Management. *A touch of care*.
14. De Luca E.,Papaleo L.(5/6 2010).*Il nursing del contatto:l'esperienza del tocco e l'affettività nelle cure infermieristiche.*L'infermiere.
15. Erbetta A. (2001). *Il corpo spesso. Esperienze letterarie e vissuti formativi*. UTET, Torino.
16. F. Firenzuoli, L. Gori. *L'abc delle medicine alternative e complementari in oncologia. Una guida per il malato e la sua famiglia.* Ospedale San Giuseppe- Empoli Dipartimento di Medicina Uo Centro di Medicina Naturale.
17. Fusi S.(2008). *Energia vitale per la salute*. Le guide di Natura e Salute. Tecniche nuove.
18. Galimberti in *Il medico nell'età della tecnica* di K.Jaspers..
19. Gargiulo G.(1998).*Il ruolo dell'infermiere professionale nell'applicazione delle tecniche di medicina naturale*. Professioni infermieristiche.
20. Giarelli G., Roberti P. di Sarsina.(2007).*Le medicine non convenzionali in Italia*. Franco Angeli.
21. Giusti E., Germano F.(2003).*Etica del contatto fisico.in psicoterapia e nel counseling*. Sovera.
22. Heidegger M .(1994).*Nietzsche*. Adelphi, Milano.

23. Iacchia V.(2009)*L'arte del massaggio*. Infermieristica e cure complementari. Agorà n.42. Ipasvi Como.
24. Iacchia V.(2009) *Le cure complementari.* Infermieristica e cure complementari. Ipasvi Como.
25. Jaspers K. (1991). *Il medico nell'età della tecnica.* Cortina.Milano.
26. Krieger D.,Il tocco terapeutico.La forza guaritrice del Therapeutic Touch.Red Edizioni.
27. Manara D.F(2000).*Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*. Lauri Edizioni. Milano.

28. Mele C.(2008).*Nell'assistenza infermieristica l'utilizzo del contatto fisico, tocco-massaggio può essere di aiuto per ridurre i sintomi psicofisici nel malato?*.
29. Migliorino N.,(2010).*Il gesto terapeutico. Forma e contatto*. Vita emotiva e formazione.Franco angeli.
30. Minkowski E. (1971). *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*. Einaudi, Torino.
31. Moja E.A., Vegni E.(2000).*La visita medica centrata sul paziente*. Cortina editore,Milano.
32. Montecucco N.M..(2010).*Psicosomatica olistica. La salute psicofisica come via di crescita personale. Dai blocchi psicosomatici all'unità dell'essere.* Mediterranee.
33. Oms, *Nursing practice.* Serie rapporti tecnici, n. 860, Ginevra 1996, Infermiere-Informazione, n.3-4, Luglio-Agosto 1997.
34. Pollock M.N.(2002).*Dal cuore attraverso le Mani. Un nuovo metodo di cura. Amore Incondizionato e Therapeutic Touch*. Corbacci editore.
35. Ripa P., Banfi E. (2004) *La cure complementari e l'infermiere*. La professione infermieristica. Carocci Faber.
36. Ripa P.,Baffi E.(2005).*Assistenza infermieristica e cure complementari.*Nursing oggi.
37. Rogers ME. (1991). *Introduzione ai Fondamenti teorici del nursing.* Edizioni Summa.
38. Rudebeck C.E. (2000). *The doctor, the patient and the body*. Scandinavian Journal of Primary Health Care.
39. Schanberg S.(1995). *The genetic basis of touch effects* a cura di Field, *Tuoch in early development*. Lawrence Erlbaum Associates,Mahwah,N.J.
40. Teleporos G.,McCabe M.P. (2002). *Body image and physical disability-personal perspective. Social Science and Medicine*.
41. Thomas S.P.(2000). *A phenomenologic study of chronic pain*. Western Journal of Nursing Research.
42. Zannini L. (2001). *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*. Franco Angeli, Milano.
43. Zannini L.(2003). *Per una pedagogia narrativa e interpretativa nella formazione degli operatori sanitari*.
44. Zannini L.(2009).*Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica.* della Formazione. Franco Angeli.1,22-52

SITOGRAFIA

45. http://www.ipasvicomo.it/documenti/art_3_30.pdf
46. http://www.lapelle.it/medicina_dolce/neurofisiologia.htm, *Neurofisiologia del contatto.*
47. www.news-medical.net ,The medical news. (2010).*Touch, il massaggio può ridurre lo stress/ansia,dolore,stanchezza, depressione e nausea in pazienti oncologici.*
48. http://www.robertmorrison.info/chiropratica-medicinaolistica.php

Allegato 1 :

DICHIARAZIONE

1. Crediamo che l'infermiere, nell'esercizio dell'attività professionale sia tenuto ad operare nel rispetto del profilo professionale e del Codice deontologico;
2. Crediamo che la scelta delle Cure complementari debba essere effettuata fra le cure basate sull'evidenza scientifica disponibile;
3. Crediamo che gli infermieri che abbiano seguito un percorso formativo nel campo delle Cure complementari individuate dalla Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi possano inserire in autonomia tali approcci nell'ambito della pianificazione e gestione dell'intervento infermieristico;
4. Crediamo che ciascun infermiere sia personalmente responsabile nel valutare se le sue conoscenze, formazione ed esperienza rispetto alle Cure complementari corrispondano ad un livello di competenza tale da poterle utilizzare nella cura della persona;
5. Crediamo che le Cure complementari debbano essere parte integrante del piano preventivo, curativo e riabilitativo;
6. Crediamo che gli infermieri debbano essere coscienti delle potenzialità e dei limiti delle Cure complementari e debbano far riferimento ad altri professionisti della salute quando lo ritengano necessario;
7. Crediamo che le Cure complementari non debbano essere proposte in sostituzione di interventi basati sull'evidenza;
8. Crediamo che gli infermieri che praticano Cure complementari debbano seguire le Linee guida (in corso di predisposizione; *Ndr*) della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi e sviluppare protocolli e procedure condivisi dall'équipe;
9. Crediamo che gli infermieri debbano documentare le Cure complementari effettuate e sviluppare progetti di ricerca sulle Cure complementari;
10. Crediamo che la persona debba definire insieme all'infermiere, l'accettabilità e l'adeguatezza di ogni Cura complementare. L'infermiere deve acquisire il consenso informato e documentato prima di effettuare qualsiasi cura;
11. Crediamo che l'infermiere debba informare il medico curante sull'impiego di Cure complementari;
12. Crediamo che l'infermiere debba essere preparato ad educare la persona e i familiari a pratiche complementari di auto-cura;
13. Crediamo che l'infermiere debba impegnarsi personalmente per sviluppare la propria consapevolezza al fine di promuovere l'evoluzione armonica del proprio ruolo.

Allegato 2:

PASSEGGIATA DI PRESSIONI
(pressioni sulla regione posteriore del corpo)

Far accomodare il ricevente in posizione prona (a pancia in giù) con gli arti superiori lungo il corpo.

- Esercitare **pressioni delicate e sincrone** (con la parte tenale del palmo) alla base del collo e sul muscolo trapezio, dall'interno verso l'esterno in senso laterale.
- Spostarsi su di un lato del soggetto ricevente ed esercitare **pressioni alternate** sui muscoli paravertebrali sino a ridosso della zona sacrale (eseguire tre passaggi)
- Avvicinare i pollici tra loro e disporre le mani a "farfalla"; esercitare tre passaggi di pressioni delicate partendo dalla zona lombare (evitando la colonna vertebrale) e proseguendo di lato a ridosso della cresta iliaca.
- Eseguire tre passaggi di **pressioni costanti** sulla zona scapolare, deltoidea, sulla regione posteriore del braccio e dell'avambraccio e concludere sul palmo della mano del ricevente. Esercitare le pressioni mantenendo una mano ferma a livello del polso e lavorando con la parte tenale dell'altra.
- ***N.B. evitare le pressioni sul gomito***
- Esercitare alcune **pressioni delicate e alternate** con le mani chiuse a pugno, appoggiando la zona delle terze falangi, sui glutei e sulle zone laterali del bacino.
- Eseguire tre passaggi di **pressioni costanti** sulla regione posteriore della coscia, mantenendo una mano ferma a ridosso del cavo popliteo e lavorando con la parte tenale dell'altra.
- **Flettere** delicatamente tre volte la gamba verso la coscia ponendo il palmo della propria mano a ridosso del cavo popliteo (zona posteriore del ginocchio);
- ***N.B. evitare in soggetti con problemi e dolori alle ginocchia.***
- Eseguire tre passaggi di **pressioni costanti** sulla regione posteriore della gamba, mantenendo una mano ferma a ridosso della pianta del piede e lavorando con la parte tenale dell'altra.
- Esercitare alcuni **impastamenti** sul dorso, pianta e caviglia del piede.

Ripetere le stesse operazioni sulla regione posteriore dell'altro emisoma.

- Porre il palmo di una mano sulla zona più alta della curvatura della regione toracica posteriore (cifosi toracica) e il palmo dell'altra mano sulla zona sacrale; esercitare tre pressioni della durata di 10 secondi per ciascuna pressione.
- Per ultimo dondolare delicatamente in senso laterale il corpo del soggetto ricevente.
- Attendere qualche istante prima di far posizionare il soggetto in decubito supino.

Allegato 3:

MASSAGGIO SUL DORSO CON OLIO

Fase 1

- Spalmare delicatamente l'olio sul dorso
- Con la parte tenale del palmo delle mani esercitare massaggi circolari sui muscoli trapezio, poi a ridosso delle scapole, sui muscoli deltoidi, lungo le braccia
- Ritornare indietro e chiudere scivolando delicatamente con i palmi aperti sui muscoli lungo la colonna vertebrale
- Ripetere questo passaggio 6 volte

Fase 2

- Esercitare massaggi ruotando delicatamente le mani sulla zona scapolare fino a ridosso del deltoide. Ripetere questo passaggio 6 volte
- Fare piccoli e delicati impastamenti sul trapezio e sui muscoli laterali del collo.
- Ripetere questo passaggio 6 volte

Fase 3

- Far scivolare delicatamente le mani dalla zona scapolare verso il fianco. Tale massaggio va esercitato alternando le mani in modo ritmico.
- Ripetere questo passaggio 6 volte

Fase 4

- Con i pollici delle mani eseguire delicate frizioni in prossimità della zona lombare, sacrale e della cresta iliaca
- Ripetere questo passaggio 6 volte

Si ripetono le fasi 2,3 e 4 nell'altra metà dorsale.

Fase 5

- Chiudere il trattamento facendo scivolare delicatamente i palmi delle mani dalle spalle verso la zona sacrale, con uscita laterale.
- Risalire senza sfiorare i fianchi per evitare il solletico
- Ripetere questo passaggio 6 volte

Allegato 4:

Figura 1: L'operatore posizionato alle spalle del ricevente, tratta la testa posizionando le mani nella zona occipitale.

Figura 2: L'operatore ha una mano sulla testa e una zona cervicale, usata per le cervicalgie.

Figura 3: L'operatore posiziona le mani sulle spalle del ricevente. Utile per sciogliere le spalle e direzionare le energie di tutto il corpo.

Figura 4:L'operatore posiziona una mano sul torace e una sull'addome. Utile per alleviare lo stato di ansia.

Figura 5: L’operatore posiziona una mano sull’addome e una mano nella zona lombare. Utile sia per le tensione o algie addominali sia per quelle alla schiena.

Figura 6: L’operatore ha una mano nella zona sottoscapolare e una sulla testa dell’omero. Utile per sciogliere il movimento delle spalle.

Figura 7: In questa posizione si lavora sull’articolazione della caviglia, del ginocchio e dell’anca attraverso micromovimenti degli stessi. Una mano è posta nel cavo popliteo e l’altra sotto la pianta del piede.

Allegato 6:

Scheda di Valutazione del Tocco Armonico

SVTA 1

Data:_____

Trattamento n._____

Nome e Cognome:_____

Anno di nascita:_____

Problemi di salute: _____

Ha già eseguito il tipo di procedura chirurgica (di_____) che andrà a fare? SI NO

Se è si, quando?_____

Quella che eseguirà è la _____volta.

Conosce questo tipo di trattamento? SI NO

Ha già eseguito questo tipo di trattamento in passato? SI NO

1) Nell'ultima settimana, quanto dolore ha provato da 0 a 10?

Nessun dolore 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore

2) Nell'ultima settimana, il dolore quanto ha interferito sulle attività della vita quotidiana?

Per nulla 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente

3) Nell'ultima settimana come si è sentito?

☐ Molto bene ☐ Abbastanza male
☐ Bene ☐ Male
☐ Abbastanza bene ☐ Molto male

4) Indichi quali tra le seguenti emozioni di seguito elencate ha provato maggiormente e con quale intensità (da 0 a 10) nell'ultima settimana.

☐ Ansia ☐ angoscia ☐ agitazione ☐ apprensione ☐ confusione ☐ debolezza ☐ disagio ☐ disperazione ☐ fastidio ☐ fiducia ☐ impotenza ☐ inadeguatezza ☐ indifferenza ☐ inquietudine ☐ irritazione ☐ malinconia ☐ ottimismo ☐ panico ☐ paura ☐ preoccupazione ☐ rabbia ☐ rassegnazione ☐ serenità ☐ sollievo ☐ speranza ☐ tranquillità ☐ tristezza ☐ vulnerabilità.

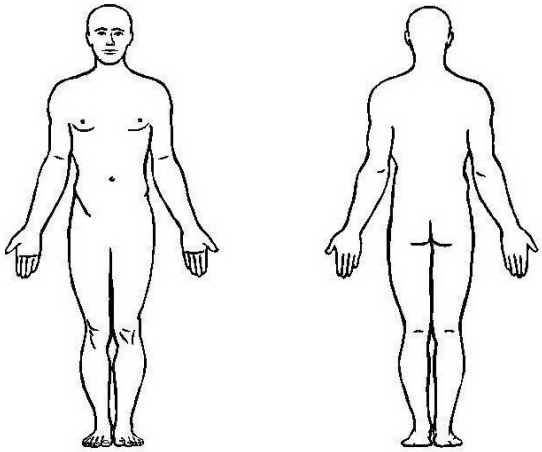
1. _____ Non presente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimamente presente
2. _____ Non presente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimamente presente
3. _____ Non presente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimamente presente
4. Altro_____ Non presente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimamente presente

Prima del trattamento

1) In questo momento, quanto dolore ha da 0 a 10?

nessun dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 massimo dolore

2) Può localizzare la sede del dolore? Segnali la/e zona/e con delle x sul disegno.



3) In questo momento sono presenti uno o alcuni di questi sintomi? Con quale intensità? (Crocetti il sintomo e il numero sulla scala da 0 a 10)

☐ **Stanchezza**	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 La peggiore stanchezza possibile
☐ **Nausea**	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 La peggiore nausea possibile
☐ **Depressione**	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 La peggiore depressione possibile
☐ **Ansia**	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 La peggiore ansia possibile
☐ **Sonnolenza**	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 La peggiore sonnolenza possibile
☐ **Mancanza di appetito**	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 La peggiore inappetenza possibile
☐ **Malessere**	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Il peggior malessere possibile
☐ **Difficoltà a respirare**	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 La peggiore difficoltà a respirare possibile
☐ **Altro**	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Il peggiore possibile

4) In questo momento, come si sente?

☐ Molto bene
☐ Bene
☐ Abbastanza bene
☐ Abbastanza male
☐ Male
☐ Molto

5) Indichi quali tra le seguenti emozioni di seguito elencate ha prova maggiormente e con quale intensità (da 0 a 10) in questo momento.

☐ Ansia ☐ angoscia ☐ agitazione ☐ apprensione ☐ confusione ☐ debolezza ☐ disagio ☐ disperazione ☐ fastidio ☐ impotenza ☐ inadeguatezza ☐ inquietudine ☐ irritazione ☐ malinconia ☐ panico ☐ paura ☐ preoccupazione ☐ rabbia ☐ rassegnazione ☐ tristezza ☐ vulnerabilità.

1._____ Non presente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimamente presente

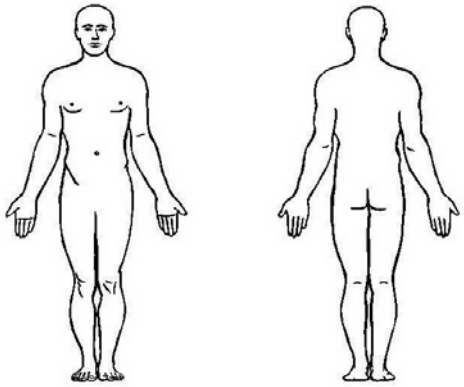
2._____ Non presente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimamente presente

3._____ Non presente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimamente presente

Dopo il trattamento

1) In questo momento, quanto dolore ha da 0 a 10?
nessun dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 massimo dolore

2) Può localizzare la sede del dolore presente in questo momento? Segnali la/e zona/e con delle x sul disegno.



3) In questo momento con quale intensità sono presenti i sintomi rispetto alla segnalazione prima del trattamento? (Crocetti il sintomo e il numero sulla scala da 0 a 10)

☐ **Stanchezza** Per niente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La peggiore stanchezza possibile

☐ **Nausea** Per niente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La peggiore nausea possibile

☐ **Depressione** Per niente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La peggiore depressione possibile

☐ **Ansia** Per niente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La peggiore ansia possibile

☐ **Sonnolenza** Per niente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La peggiore sonnolenza possibile

☐ **Mancanza di appetito** Per niente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La peggiore inappetenza possibile

☐ **Malessere** Per niente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Il peggior malessere possibile

☐ **Difficoltà a respirare** Per niente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La peggiore difficoltà a respirare possibile

☐ **Altro** Per niente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Il peggiore possibile

4) In questo momento, come si sente?

☐ Molto bene ☐ Abbastanza male
☐ Bene ☐ Male
☐ Abbastanza bene ☐ Molto male

5) Indichi quali tra le seguenti emozioni di seguito elencate prova maggiormente in questo momento e con quale intensità (da 0 a 10).

☐ Ansia ☐ angoscia ☐ agitazione ☐ apprensione ☐ confusione ☐ debolezza ☐ disagio ☐ disperazione ☐ fastidio ☐ fiducia ☐ impotenza ☐ inadeguatezza ☐ indifferenza ☐ inquietudine ☐ irritazione ☐ malinconia ☐ ottimismo ☐ panico ☐ paura ☐ preoccupazione ☐ rabbia ☐ rassegnazione ☐ serenità ☐ sollievo ☐ speranza ☐ tranquillità ☐ tristezza ☐ vulnerabilità.

1._____ Non presente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimamente presente
2._____ Non presente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimamente presente
3._____ Non presente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimamente presente

6) Da 0 a 10 quanto dolore ha avuto durante il prelievo?
nessun dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 massimo dolore

7) Da 0 a 10 quanto dolore ha avuto durante la procedura in sala operatoria?
nessun dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 massimo dolore

8) Ha provato ansia per la procedura? Quanta da 0 a 10?

no ansia 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 tantissima ansia

9) Ha gradito questo tipo di trattamento? SI NO

10) E' stato rilassante? SI NO

11) Altro
_____

.