

A.I.C.O.
ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA
INFERMIERI DI CAMERA OPERATORIA
VOL.30, 2018
FASC.1
ISSN 1120-6764 pag 27-36

Corporeità e *Advocacy* in sala operatoria: percorsi di *caring* vicini all'Uomo

Corporeity and *Advocacy* in the operating room: care pathways close to Man

Sara Balzan

Infermiera Strumentista e di Sala operatoria SMIH –Roma-Operating Room Nurse SMIH-Rome.

Dottoranda Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche- Master's graduate in Nursing Science and Midwifery.

RIASSUNTO

Obiettivo: L'obiettivo di questo lavoro è la messa a fuoco del tema del corpo, della corporeità e delle strategie di *advocacy* nei percorsi di *caring* peri-operatori.

Metodi: Revisione narrativa della letteratura tra il 2015 e il 2016 consultando le banche dati primarie. I lavori selezionati riguardano in prevalenza realtà di sala operatoria o di area critica, pubblicazioni accademiche di studi qualitativi fenomenologici, ermeneutici descrittivi e interpretativi, etnografici, *grounded theory* e revisioni sistematiche dell'ultimo ventennio con riferimento al corpo, alla persona, all'umanizzazione, alla dignità, all'*advocacy* e alla bio-tecnologia. E' stata valutata la validità metodologica degli studi scelti utilizzando la CASP check-list.

Risultati: La ricerca ha permesso di individuare 875 lavori di cui 30 sono stati inclusi. Sono emersi i seguenti temi principali: il *caring* peri-operatorio, la sua natura e le criticità; il principio di *advocacy*; il concetto di dignità; la comunicazione; la tecnicizzazione e le relative interferenze sull'assistenza; il corpo e il tocco.

Conclusioni: Benché in letteratura si trovino sporadici lavori sul tema della corporeità in specifica relazione con il mondo della sala operatoria, ne esistono diversi altri dai quali emerge ben chiaro come il corpo e la corporeità siano argomenti molto presenti nella vita delle sale operatorie. I corpi-vissuti dei protagonisti della relazione di cura vivono un ruolo cruciale, ampliando il focus del concetto di *advocacy*, sempre più teso ad un sostegno totale dell'operando, che va dalla protezione dal rischio alla difesa globale della sua dignità.

ABSTRACT

Purpose: The aim of this work is to contribute to focus the body concept as "lived experience" by patient and the advocacy role of nurse in perioperative caring.

Methods: Narrative review. Searches were conducted between 2015 and 2016 within main electronic databases. The selected works mainly concern operating room or critical area settings, academic publications of qualitative, phenomenological, hermeneutic,

descriptive and interpretative studies, ethnographic studies, grounded theories and systematic reviews within the last 20 years, referring to the body, the person, humanization, dignity, advocacy and bio-technology. CASP-check-list has been used to evaluate the methodological validity of the selected studies.

Findings: Through these searches, 875 records were identified, from which 30 were selected. The following main themes emerged: the perioperative caring, its nature and findings; the role of advocacy; the concept of dignity; the communication; the technology and its implications in nursing; the body and the touch.

Conclusions: Although works about corporeality in specific relationship with the world of surgery are sporadic, there are several others from which clearly emerges how the body concept and the corporeality are topics very present in operating theatre. The “lived-bodies” in care relationship have a crucial role and intensify the advocacy concept increasingly tended to total support of the surgical patient, ranging from risk protection to global defence of human dignity.

Keywords: advocacy, body, corpo, corporeità, corporeity, dignità, dignity, perioperative caring, sala operatoria, technology.

INTRODUZIONE

La definizione di corpo più moderna approda ai giorni nostri aprendosi nel concetto di *embodiment*, restituendo totalità ad un'entità corporea sino ad ora parcellizzata e incompleta. Il corpo non è più visto solo come un insieme di organi e funzioni separato da emozioni, sentimenti, dal vissuto e dalle aspettative che muovono la vita di una persona (1-6). Il corpo è armonia, dinamicità e inscindibile fusione tra il materiale e l'intangibile che forma l'uomo (7). L'essere umano è perciò un'entità compatta tra corpo-anima e spirito e come tale va curato. Il modello assistenziale biomedico, così come lo stato di infermità tendono a concentrare le attenzioni sul corpo-materia eludendo la globalità della persona e cosificando l'uomo (8). Il corpo-materia nelle cure peri-operatorie rimane il punto focale sul quale centrare le attenzioni del trattamento chirurgico e delle strategie di prevenzione del rischio (1). Gli infermieri strumentisti hanno difficoltà nel definire il *prendersi cura* in sala operatoria perché distratti dai contenuti tecnici della professione e dal ruolo collaborativo con il chirurgo (9-10), ma capiscono che senza il coinvolgimento, l'atteggiamento ricettivo e l'allenamento a conoscere l'Altro nella sua globalità, diventa improbabile costruire una relazione di cura efficace (11). Capire la corporeità e includerla nella conduzione del caring in sala operatoria significa cavalcare le competenze del caring più moderno, superando i limiti dell'esiguità dei tempi a disposizione e della complessità tecnologica tipici della camera operatoria (9, 12-14). Accolto con la sua corporeità, un corpo non riceve più un trattamento da mero oggetto, ma diviene ambasciatore della persona con il suo vissuto (corpo-vissuto) che va protetto e acccontentata in tutti i suoi bisogni, inclusi il mantenimento della dignità e la necessità di sentirsi valorizzata come essere umano (1,12). Le pratiche anestesilogiche e chirurgiche richiedono la consegna completa del corpo agli operatori di cura e perché tale cessione avvenga in un clima di consenso, è

necessario che l'infermiere dimostri di conoscere e rispettare le corporeità delle persone (1).

MATERIALI E METODI

E' stata condotta una revisione narrativa della letteratura suddivisa in 3 sessioni: ottobre 2015, marzo 2016 e dicembre 2016 nelle seguenti banche dati primarie PubMed e CINHALL e nella piattaforma EBESCOhost, abbinando le parole-chiave: nursing, perioperative caring, perioperative pathways, operating room, operating theatre, advocacy, dignity, intimacy, corporeity, embodiment, body, technology, humanization; utilizzando gli operatori booleani AND e NOT, quest'ultimo per escludere i termini *breast cancer* dal testo e *student* e *sexual* dal titolo. Criteri di selezione: i contesti dovevano riguardare in prevalenza realtà di sala operatoria o di area critica, pubblicazioni accademiche di studi qualitativi fenomenologici, ermeneutici descrittivi e interpretativi, etnografici, grounded theory e revisioni sistematiche dell'ultimo ventennio, full text accessibile, lingua inglese, italiana e francese, con riferimento al corpo, alla persona, all'umanizzazione, alla dignità, all'advocacy, alla bio-tecnologia. Per la selezione degli studi sono stati letti i titoli e gli abstract. E' stata valutata la validità metodologica degli studi scelti utilizzando la CASP check-list.

RISULTATI

La ricerca ha permesso di individuare 875 lavori di cui 30 sono stati inclusi (fig. I): 21 studi qualitativi, 6 revisioni sistematiche; distorsione nella selezione: 3 studi sono contributi dell'esperto. Dai risultati riportati negli studi inclusi sono emersi i seguenti temi principali: il caring peri-operatorio, la sua natura e le criticità; il principio di *advocacy*; il concetto di dignità; la comunicazione; la tecnicizzazione e le relative interferenze sull'assistenza; il corpo e il tocco (fig. II).

ADVOCACY e OGGETTIVAZIONE DEL CORPO

L'infermiere di sala ha una responsabilità primaria in tema di *advocacy* del malato (11,14-16); egli "è" gli occhi, le orecchie e la voce di un paziente incosciente (17) dal corpo esposto e reso vulnerabile dalla condizione patologica e dai sentimenti d'impotenza che i percorsi peri-operatori procurano (18). L'ansia e l'incertezza della diagnosi di chi affronta un intervento chirurgico aggiungono fragilità a un corpo già invaso, maneggiato, mutilato (12). Il senso di *advocacy* appartiene al *core competence* della professione infermieristica (19) e si esprime in più significati. In sala operatoria il ruolo di *advocate* è oneroso e complesso: l'infermiere protegge un malato esposto ai rischi legati all'alta tecnicità, alle procedure intensive e invasive del servizio, e non solo. Egli si fa carico di tutti i suoi bisogni fisici, psicologici e spirituali; lo accompagna nella paura, nell'imbarazzo, nell'isolamento, sino a favorire la presenza dei cari in situazioni estreme, come le fasi rianimatorie (17). Interviene correggendo tempestivamente eventuali manovre errate di terzi e si adopera nella tutela della sua dignità, laddove lesa da atteggiamenti non conformi, come lo scherno o il disprezzo (11).

I ritmi inflessibili della camera operatoria si scontrano con la fragilità dei corpi dei pazienti (1,9,12-14,20) e la fredda tecnicità dei servizi di area critica crea luoghi estranei che procurano distacco (12,19,21,22). L'assistenza in sala si esprime in un mix tra cure intensive e attività tecnologiche, una convivenza ossimorica che, se mal bilanciata, rischia di disumanizzare (14,23). Il malato diviene "una procedura da compiere"(12). *Advocacy* in sala operatoria è perciò anche ricerca continua di strategie che riparino il paziente dall'oggettivazione che la sala procura (12,20). Le pratiche che preparano il paziente all'ingresso in sala, come la rimozione di abiti, gioielli, protesi, o il taglio dei capelli, sottraggono identità e la sostituiscono con nuovi codici: l'organo da operare, il numero di letto, le immagini radiografiche che si sostituiscono alla persona e la cosificano (24). Una volta in sala, il corpo viene parcellizzato: testa e braccia sono il focus dell'anestesista, il resto del corpo è in mano al team chirurgico (11), la parte da incidere, marcata con un pennarello, mina l'unità e la dignità di un corpo sempre più oggetto (12). La posizione supina è vissuta come una crocefissione al centro di un via vai di persone senza nome (21). Il paziente scompare, *the silent body* (10): sommerso dai teli sterili, la sua identità si spegne e il team facilmente dimentica la presenza del malato, anche se sveglio. Lo strumentario chirurgico è gettato tra le gambe coperte dal telo, gli assistenti si appoggiano al corpo del malato per mantenersi in equilibrio, rituali che dimenticano l'identità della persona distesa sul letto trasformandola in un oggetto (19).

DIGNITA' e CORPI ESPOSTI

Ciò che è indegno lo decide chi lo subisce (P.Angiolini 2017)

Nel corpo è racchiusa la dignità dell'uomo (3,25), essa è la prima ad essere colpita quando particolarmente esposto, come in sala operatoria; le prospettive più attuali del concetto di dignità ne consegnano oggi un significato più esteso (16). Preservare la dignità del malato significa difenderne la privacy, mantenerne l'immagine corporea e garantire una comunicazione onesta ed esaustiva, che permetta al paziente di compiere le sue scelte in autonomia e libertà (7,26,27) senza dover subire procedure non richieste (4). Privato della sua autodeterminazione, il malato è talvolta spinto a vergognarsi delle proprie richieste, che difficilmente si accordano con l'organizzazione del servizio (24). Dignità garantita è altresì offrire un supporto psicologico competente che considera la diversità di ognuno e le variabili della contingenza (16,21,23,26). Quando l'infermiere accompagna le procedure con parole appropriate, rispondendo alle perplessità del paziente o anticipando i suoi bisogni, non si limita a "informare", ma agisce con coinvolgimento e ponderatezza (11), e attutisce il senso di esclusione dalle conversazioni di sala, non sempre pertinenti (12).

L'intimità in sala operatoria è sotto attacco continuo; spesso il malato si sente indifeso e prova vergogna. Sebbene nell'assistenza mantenere la dignità sia scontato, gli infermieri sono in difficoltà nel cercare di mediare tra esigenze di servizio e bisogni del malato (11,14,20). Le priorità del reparto operatorio (incanulare una vena, posizionare un arto, immobilizzare) non sono necessariamente quelle del paziente (rimanere coperti, non essere circondati da persone estranee, trovare conforto) (24). Del passaggio in sala

restano più impresse le sensazioni negative: il freddo, l'estraneità, le luci forti, la concitazione (21), e molte persone chiedono di dormire anche per non vivere l'imbarazzo di certe posizioni o interventi (12,19). Disteso e legato al tavolo operatorio, il paziente non può regolare la distanza con i suoi interlocutori che gli si rivolgono da dietro e sopra il viso, invadendo il suo spazio personale (22). Talvolta è sufficiente uno sguardo al corpo percepito come svilente per offenderlo (14); ecco come piccoli accorgimenti, come coprire la parte o oscurare gli oblò della sala, aiutano nella tutela dell'integrità del malato (11).

COMUNICAZIONE e CONTATTO CORPOREO

I pazienti assegnano un'importanza vitale alle doti comunicative di un infermiere: sensibilità e apertura verso il prossimo, gentilezza e comprensione sono qualità più stimate delle abilità tecniche (16). La fugacità dei tempi di contatto con il paziente genera frustrazione tra gli infermieri i quali denunciano impaccio nell'aprire un dialogo con la persona, che spesso sceglie di tacere, sino a definire ambizioso il cercare di conoscere la sua storia (11) e lo stile laconico tipico delle conversazioni in sala non aiuta (15). La tecnologia spaventa e inquina la relazione paziente-infermiere: se da un lato protegge il malato offrendo maggiore vigilanza, dall'altro toglie presenza umana quando si sostituisce a determinati sensi (23). Nell'atto dell'accogliere spesso si scelgono modi inadatti per comunicare: da parte di chi cura prevale un desiderio d'infantilizzazione e di regressione per una migliore gestione del malato (12,14,22,28).

In sala operatoria gli occhi dell'infermiere si dividono tra monitor, tavoli apparecchiati e siti anatomici, eludendo lo sguardo del malato. Nonostante la stretta vicinanza con i corpi, sovente la persona è esclusa dall'interazione degli eventi: le procedure primeggiano e fungono da pretesto per distogliere il focus dal difficile compito di costruire un rapporto con un paziente impaurito (22). Mantenere l'anonimato con il malato, sebbene possa sembrare una strategia protettiva (29), impoverisce la relazione di cura poiché isola i soggetti e autorizza alla noncuranza nelle cure, aumentando il rischio di errore (2). L'infermiere appare e scompare dal campo visivo del malato immobilizzato in un viavai di approcci ambigui fatti di distacchi e inattenzione generando una "presenza assente" (22). Nel *fare qualcosa* ci si sente più efficaci, ma semplicemente *essere con* la persona e comunicare con essa onorano la sua individualità.

Curare significa dedicare tempo, attenzione, coinvolgimento, non solo offrire trattamenti (16). Parlare di empatia e affettività può spaventare, ma non si tratta d'altro che offrire alla persona impaurita uno spazio per esprimersi (30). Il paziente apprezza un infermiere dalla personalità calorosa e che sa toccare il malato con dolcezza, con amore, che comunica le proprie qualità di *healer* attraverso il suo modo di avvicinarsi e di guardare il corpo del quale intende prendersi cura. Una coperta calda all'arrivo in reparto operatorio riscalda un corpo che sente freddo e, allo stesso tempo, placa i toni stressanti dell'intera situazione (16). De Hennezel parla di una "medicina fatta a mani nude" in cui privilegiare l'ascolto e il contatto; in luoghi ad alto tasso tecnico significa offrire un'assistenza tesa a coltivare i valori umani, così negletti nei servizi intensivi

(24). Quando l'infermiere ascolta la storia del malato sente di aver dato valore al vissuto che s'incarna nella persona e che conferisce identità e unicità alla stessa e al suo micro-universo (14); il malato si affida e la relazione di cura fiorisce (1). Nel lavoro di Lindwall gli infermieri parlano di "amicizia temporanea" in cui vi è humor, calore e vicinanza: un modo di accompagnare l'operando denso di umana dignità (3). In sala operatoria, luogo in cui i tempi vivono cambi repentini (9), anche i silenzi si caricano di forza comunicativa e divengono uno dei modi per stabilire un contatto (1,15,22). Le qualità dell'infermiere divengono immediatamente visibili attraverso la comunicazione e il tocco: mani calde, esperte e rispettose toccano il corpo della persona per riconoscerne la soggettività e facendola sentire "bene" (1,2,16,25).

EMBODIMENT: LEGGERE E ASCOLTARE I CORPI

I corpi comunicano attraverso una moltitudine di espressioni gli stati d'animo della persona e ci informano sul suo vissuto (18); saper "leggere" un corpo impaurito, immobilizzato o sedato richiede esperienza (20). Le influenze farmacologiche, nelle diverse fasi anestesologiche, possono modificare il comportamento del malato, e renderlo aggressivo, violento, "difficile". Farmaci e dolore post-operatorio cambiano la persona anche in base alla sua età, cultura, al suo carattere, alle sue esperienze vissute. Il corpo-vissuto di ognuno reagisce in modo differente e richiede trattamenti appropriati che rassicurino e valorizzino al meglio la persona (12). Il rapporto di cura è essenzialmente un'interrelazione di corpi in cui le corporeità si scambiano benefici e influenzano la relazione stessa (1,2,31-34). Curare senza aver paura di "toccare" la persona nella sua interezza apre a nuove prospettive, accresce le competenze e riempie di orgoglio: il caring non è un'attività unidirezionale, ma un dinamismo inserito in un network di flussi multidirezionali in cui tutti gli attori coinvolti sperimentano e spartiscono risorse, emozioni ed esperienze (35). Le esperienze soggettive vissute in passato condizionano gli eventi a venire (18); nel processo di apprendimento professionale, ad esempio, un'abilità tecnica si forgia sui successi e sugli errori compiuti (30); allo stesso modo, determinate condizioni negative, se rievocate o vissute in situazioni simili come un odore, un luogo o un rumore, possono generare senso di frustrazione o di inadeguatezza nell'infermiere e comprometterne la prestazione (20). L'interazione che s'instaura tra infermiere e paziente in sala operatoria condiziona in modo incisivo un suo eventuale ritorno in sala (12). I malati, descrivendo l'infermiere nel momento di cura, sottolineano come un corpo nervoso, incerto, impaurito dalla situazione o semplicemente trasandato nell'apparenza possa trasmettere sensazioni negative o messaggi d'incapacità sia relazionali che tecniche (16). Al contrario, un infermiere presente che cerca il contatto anche attraverso la comunicazione non verbale per esprimere la propria competenza mostra sicurezza, integrità e rispetto, gettando le basi per un rapporto di cura fecondo (2).

DISCUSSIONE/CONCLUSIONI

Nonostante siano sporadici i lavori sul caring peri-operatorio in esplicita relazione con il tema della corporeità (1,2,13,22), la questione del corpo è presente in molti studi qualitativi in cui le testimonianze degli operandi e degli infermieri di sala raccontano storie di corpi-oggetto e di corporeità condivise, di coinvolgimento emotivo e di contatti terapeutici che confermano la centralità del corpo nelle cure infermieristiche di sala operatoria (1,12,14,16,20).

Il coinvolgimento fisico-emotivo nel caring è sinonimo di efficacia (23,34,35); benefico per entrambe le parti, aumenta altresì la visibilità del vero significato dell'essere infermiere e va perciò perseguito, anche nei luoghi di cura più difficili come la sala operatoria (1). Perché quest'ultimo possa occuparsi del malato in modo realmente olistico e trarne un benefico tornaconto (2), è necessario che sia consapevole della propria corporeità, del significato più moderno del corpo e che sia in grado di riconoscere e di gestire ciò che avviene nelle dinamiche della corporeità propria e altrui, senza temere le proprie emozioni, ma includendole nel personale processo di evoluzione professionale (19,34). E' necessario liberarsi dalla volontà di nascondere le emozioni per timore del biasimo sociale e lasciarsi ispirare dall'autenticità dei sentimenti che scaturiscono nella relazione di cura (29). L'infermiere in sala operatoria *media* tra il paziente e la criticità tipica dei servizi intensivi sviluppando tra le sue competenze il senso di *advocacy, core competence* dell'infermiere di sala, per difendere l'operando non solo dai rischi fisici e psicologici che un ambiente ambiguo come la sala procura, ma anche per rispondere in maniera adeguata ai suoi bisogni tenendo presente la sua identità di corpo-vissuto e scongiurandone la "cosificazione" (19). L'intensità e invasività delle procedure e l'influenza della tecnologia in area critica sono fenomeni trasversalmente presenti in tutti gli argomenti emersi, che condizionano gli aspetti più umanizzanti della persona che vi transita, come la dignità (12,7), la vulnerabilità (18), l'affettività (1,23) e la comunicazione (14,15,22). L'infermiere nel suo ruolo di *advocate* diviene l'interprete tra l'inflessibile complessità delle procedure peri-operatorie e il malato, cercando di mantenere intatta la sua dignità (7). Egli coglie ciò che è estraneo e fonte di disagio per il paziente e lo rende meno spaventoso (30). Paziente e infermiere devono potersi incontrare in un mondo di condivisione delle corporeità, scevro da preconcetti, in cui il malato, protagonista, sia libero di essere se stesso (2,22). I corpi-vissuti, indeboliti, vanno più che mai capiti e protetti con competenza aggiornata e ricerca di ciò che è bene per il paziente che transita in sala operatoria *qui e ora*. C'è la necessità di rivedere i propri gesti di cura e darne nuovi significati; ogni corpo racconta la propria storia che va letta e accolta andando oltre la patologia che lo rinchiude e lo delimita (36). Si tratta di offrire al cittadino *modi di essere* sempre più vicini all'Uomo e impedire che le condizioni dei servizi di cura più intensivi sottraggano umanità alle cure e oscurino il valore del caring peri-operatorio.

Bibliografia

- (1) Lindwall L, von Post I, Bergbom I. Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. JAN 2003 Mar; 4 (3): 246-253.
- (2) Rudolfsson G, von Post I, Eriksson K. The expression of caring within the perioperative dialogue: a hermeneutic study. IJNS 2007 Feb; 44: 905-915.

- (3) Lindwall L, von Post I. Habits in perioperative nursing culture. *Nursing Ethics* 2008 Sept, 15(5): 670-681.
- (4) Zannini L, a cura di. *Il corpo-paziente: da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*. Milano, Italia: Franco Angeli s.r.l.; 2004.
- (5) Hamington M. Care Ethics and Engaging Intersectional Difference through the Body. *Critical Philosophy of Race* 2015; 3(1): 79-100. p.22-31.
- (6) Marchetti A, Piredda m, De Marinis MG. Centrality of Body and Embodiment in Nursing Care: a Scoping Study of the Italian Literature. *JNS* 2015 Oct; 48(1): 31-38.
- (7)) Sisko Korhonen E, Nordman T, Eriksson K. Technology and its ethics in nursing and caring journals: An integrative literature review. *Nurs Ethics* 2015; 22(5): 561-576.
- (8) Olrando G. Perché l'eutanasia non sia più un tabù per il medico, che è al servizio del paziente e delle sue richieste. *Atti del Convegno Internazionale Per l'eutanasia in Italia: presupposti di una cultura per la morte assistita*, 2017 Giu 27-28; Roma, Italia: www.consultadibioetica.it.
- (9) Killen AR. Stories from the Operating Room: moral dilemmas for nurses. *Nurs Ethics* 2002 Jul; 9(4): 405-415.
- (10) Richardson-Tench M. The scrub nurse: basking in reflected glory. *J Adv Perioperat Care* 2008 Nov; 3(4): 125-131.
- (11) Blomberg AC, Bisholt B, Nilsson J, Lillemor L. making the invisible visible-operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scand J Caring Sci* 2015; 29: 361-368.
- (12) Baillie L, Ilot L. Promoting the dignity of patients in perioperative practice. *Br J Perioper Nurs* 2010 Aug; 20(8): 1467-1026.
- (13) Peter E, Mohammed S, Simmonds A. Sustaining hope as a moral competency in the context of aggressive care. *Nurs Ethics* 2015 Nov; 22(7): 743-753.
- (14) Lindwall L, von Post I. Preserved and violated dignity in surgical practice-nurses' experience. *Nurs Ethics* 2014; 21(3): 335-346.
- (15) Gerdezi F, Lingard L, Espin S, Whyte S, Orser B, Baker GR. Silence, power and communication in the operating room. *JAN* 2009 Feb; 65(7): 1390-1399.
- (16) Rupp Wysong P, Driver E. Patients' Perceptions of Nurses' Skill. *CCN* 2009 Aug; 29(4): 24-37.
- (17) Balogh-Mitchell C. It's time for family presence during resuscitation in the OR? *AORN J* 2012 Jul; 96(1): 14-25.
- (18) Cousley A, Martin DSE, Hoy L. Vulnerability in the perioperative patient: a concept analysis. *J Perioper Pract* 2014 Aug; 24(7-8): 164-171.
- (19) Bull R, FitzGerald M. Nurses' Advocacy in an Australian Operating Department. *AORN J* 2004 Jun; 79(6): 1265-1274.
- (20) Larsson Mauléon A, Ekman S.L. Difficulties in intraoperative care. *Br J Perioper Nurs* 2012 Oct; 22(10): 1467-1026.
- (21) Griffin A, The lived spiritual experiences of patients transitioning through major outpatient surgery. *AORN J* 2013 Feb; 97(2): 243-252.
- (22) Karlsson A.C, Ekebergh M, Larsson Mauléon A, Almerud Oesterberg S. Patient-nurse anesthetist interaction during regional anesthesia and surgery based on video recordings. *J Perianesth Nurs* 2013 Oct; 28(5): 260-270.
- (23) Price AM. Caring and technology in an intensive care unit: an ethnographic study. *Nurs Crit Care* 2013 Nov; 18(6): 278-88.
- (24) De Hennezel M. *Prendersi cura degli altri: pazienti, medici, infermieri e la sfida della malattia*. Torino, Italia: Lindau s.r.l.; 2004.
- (25) Kalb KA. "Theology of the body" underpins health care. *Health Progress* 2012 Mar-Apr; 93(2): 41-48.
- (26) Lin YP, Tsai YF. Maintaining patients' dignity during clinical care: a qualitative interview study. *JAN* 2010 Sep; 67(2): 340-348.
- (27) Edlund M, Lindwall L, von Post I, Lindstroem A. Concept determination of human dignity. *Nurs Ethics* 2013; 20(8): 851-860.
- (28) Donatelli P. L'esperienza democratica è per il diritto di morire con dignità. *Atti del Convegno Internazionale Per l'eutanasia in Italia: presupposti di una cultura per la morte assistita*, 2017 Giu 27-28; Roma, Italia: www.consultadibioetica.it.
- (29) Zamperini A, Paoloni C, Testoni I. Il lavoro emozionale dell'assistenza infermieristica: incidenti critici e strategie di coping. *Assit Inferm Ric* 2015; 34: 142-148.
- (30) Benner P. *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere: l'apprendimento basato sull'esperienza*. Milano, Italia: Mcgraw-Hill; 2003. p. 45.
- (31) Picco E, Santoro RG. Dealing with the patient's body in nursing. Nurses ambiguous experience in clinical practice. *Nurs Inq* 2010 Mar; 17(1) 39-46.
- (32) Benner P. The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nurs Phil* 2000; 1(1): 5-19.

- (33) de Santana M T, Jorge M S. The own body as a nurse's living experience on assisting others in their dyng process. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 May-Jun; 15(3):466-73.
- (34) Mele C. Nell'assistenza infermieristica l'utilizzo del contatto fisico, tocco-massaggio può essere d'aiuto per ridurre i sintomi psicofisici nel malato? *Scenario* 2008 Feb; 25(1): 5-8.
- (35) Milligan C, Wiles J. Landscape of care. *Progr Hum Geogr* 2010 Apr; 34(6): 736-754.
- (36) De Luca E, Papaleo L. Il nursing del contatto: l'esperienza del tocco e l'affettività nelle cure infermieristiche. *L'Infermiere* 2010; 5(6): 39-41.