UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

"Un gesto di cura, mille significati: la cura del corpo come strategia di accompagnamento del paziente oncologico terminale ad una buona morte"

Relatore:
Prof. a c. Sandra Migotto

Laureando:

Thomas Liut

Matricola n. 2083619

Anno Accademico 2024/2025

ABSTRACT

PROBLEMA: Il processo di avvicinamento alla morte è un momento particolarmente delicato che crea agitazione e paura nelle persone e che porta con sé una diminuzione dell'autonomia e una modifica del proprio ruolo sociale. Nella persona con patologia oncologica terminale questa fase porta con sé anche l'insorgenza di un peggioramento dei sintomi fisici, dove la sola terapia farmacologica potrebbe non essere più efficace. È pertanto necessario che l'assistenza infermieristica comprenda tecniche non farmacologiche, per accompagnare l'assistito alla percezione del raggiungimento di una buona morte. (Hayashi et al., 2022). Nell'approccio alla persona morente dobbiamo tener conto di quelli che sono i suoi bisogni espressi, esistenziali e spirituali che permangono come snodo cruciale nel mantenimento del benessere psicologico, in particolar modo di fronte alle perdite e al morire. (Zuffetti e Mencacci, 2024). Pertanto, le cure igieniche assumono la forma di un vissuto esperienziale per il paziente, che riconosce il bagno come una fonte di piacere da cui trarne confort. (Adamsen & Tewes,2000).

SCOPO: Lo scopo di questo studio è quello di individuare, secondo le evidenze scientifiche, l'efficacia del bagno completo come strategia di accompagnamento della persona con patologia oncologica terminale ad una buona morte.

CAMPIONE: Pazienti affetti da patologia oncologica terminale.

MATERIALE E METODI: Sono stati consultati diversi database elettronici quali Pubmed, Google Scholar, CINAHL e Medline nel mese di agosto 2024. Sono stati inclusi gli articoli pubblicati negli ultimi 10 anni e, non trovando studi presenti nel territorio italiano, sono stati selezionati articoli condotti in altri Paesi.

RISULTATI: Per la conduzione di tale revisione della letteratura, sono stati ricercati, scelti ed analizzati, in modo critico, gli articoli nei quali fosse possibile valutare in che modo il bagno completo potesse alleviare i segni e sintomi fisici e psicologici della persona con patologia oncologica terminale, garantendo quindi il raggiungimento di una buona morte. In seguito ad una ricerca finalizzata a rintracciare articoli di letteratura il più possibile aggiornati ed inerenti ai quesiti posti inizialmente, sono stati selezionati articoli riconducibili al contesto internazionale degli ultimi 10 anni. Sono stati selezionati ed analizzati 6 articoli in modalità free full-text in lingua inglese che trattavano l'argomento di analisi.

CONCLUSIONI: Come sottolineato dagli articoli analizzati in questa ricerca bibliografica, il bagno completo rappresenta una strategia efficace e sicura da attuare nella persona con patologia oncologica terminale per alleviare segni e sintomi fisici e psicologici. In particolar modo, gli studi evidenziano come le cure igieniche si associno ad una diminuzione del dolore e dello stato d'ansia, determinando un aumento del benessere generale della persona. Inoltre, secondo la letteratura, nella persona morente che ha effettuato il bagno si possono registrare un aumento dell'appetito e un miglioramento del tono dell'umore e della capacità di memorizzazione; si possono verificare anche una diminuzione della stanchezza e della frequenza cardiaca. Infine, emerge anche l'efficacia del bagno come strategia di elaborazione del lutto da parte dei famigliari, poiché essi provano felicità nel vedere il proprio caro sollevato dopo l'esecuzione del bagno, ma soprattutto valorizzato come essere umano.

Parole chiave: fine vita, cancro avanzato, bagno completo, cure fondamentali, buona morte, lutto

Keywords: end of life, advanced cancer, full bath, fundamentals of care, good death, mourning

INDICE

INTRODUZIONE pag. 3

CAPITOLO I - *PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA*

1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema pag. 5

1.2 Ipotesi pag. 6

1.3 Obiettivo dello studio pag. 6

1.4 Quesiti di ricerca pag. 6

CAPITOLO II - *TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO*

2.1 Fundamentals of care pag. 7

2.1.1 Le origini del modello "fundamentals of care" pag. 7

2.1.2 Le sfide associate ai "fundamentals of care" pag. 7

2.1.3 Implicazioni pratiche per i fundamentals of care pag. 8

2.2 L'infermiere e il prendersi cura dell'altro pag. 9

2.3 L'importanza della cura del corpo pag. 11

2.3.1 I professionisti coinvolti nella cura del corpo pag. 12

2.4 Concetto di buona morte pag. 14

2.4.1 Accompagnamento ad una buona morte pag. 15

2.4.2 I bisogni dell'individuo morente per il raggiungimento di una "buona morte" pag. 16

2.5 Il lutto pag. 17

CAPITOLO III - *MATERIALI E METODI*

3.1 Criteri di selezione degli studi pag. 20

3.2 Strategia di ricerca per individuare gli articoli pag. 20

3.3 Selezione degli studi pag. 21

Prisma Flow Chart

3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione pag. 22

3.5 Descrizione degli studi esclusi dalla revisione pag. 25

CAPITOLO IV - *RISULTATI*

4.1 Qualità metodologica degli studi pag. 26

4.2 Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti pag. 27

CAPITOLO V - *DISCUSSIONE*

5.1 Risposte ai quesiti di ricerca pag. 29

5.2 Limiti dello studio pag. 35

CAPITOLO VI - *CONCLUSIONI*

6.1 Implicazioni per la pratica pag. 37

6.2 Implicazioni per la ricerca pag. 39

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA pag. 40

INTRODUZIONE

L'idea di questo lavoro nasce dal mio interesse per la terminalità, che ho sviluppato ancor prima di intraprendere gli studi presso il corso di laurea in infermieristica, attraverso alcune esperienze di vita famigliare. Queste mi hanno portato a conoscere il delicato mondo delle cure palliative e degli Hospice e con esso quello dell'equipe multidisciplinare che opera in questi setting assistenziali. L'attenzione rivolta al malato e al soddisfacimento dei suoi bisogni essenziali al fine di rendere meno dolorosa e sofferente l'esperienza della morte, hanno sviluppato in me un fascino tale da voler io stesso sognare di poter apportare il mio contributo nel prendermi cura della persona morente.

A partire dalla legge n°38 del 2010, che sancisce il diritto inviolabile dell'individuo di accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, viene finalmente riconosciuto quanto già promosso nel 2005 da Cittadinanzattiva mediante la "carta dei diritti sul dolore inutile"; gli 8 pilastri accendono i riflettori su percorsi antalgici fino ad allora trascurati: diritto a non soffrire inutilmente, al riconoscimento del dolore, all'accesso alla terapia del dolore, ad un assistenza più qualificata, ad un'assistenza continua, ad una scelta libera ed informata, a non provocare dolore durante gli esami diagnostici, diritto del bambino, degli anziani e dei soggetti che non hanno voce a non provare dolore inutile. In questi 15 anni si è fatto tanto rispetto la gestione farmacologica e non del dolore, la ricerca e la formazione si sono sviluppate, la pratica clinica si è evoluta, i legislatori hanno promulgato nuove leggi in materia, come la legge n°219/2017 "consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento". Esistono molteplici tecniche complementari per favorire il benessere nel paziente oncologico terminale: musicoterapia, aromaterapia, pet-terapy, riflessologia, il massaggio. Tutte risultano efficaci, ma senz'altro la paura per la morte imminente rimane viva nei nostri assistiti. Pertanto, come futuro infermiere, mi sono posto l'obiettivo di indagare in letteratura quali potessero essere degli interventi efficaci nel rendere meno traumatica l'esperienza di avvicinamento del paziente alla morte, cercando da un lato di attenuare il suo dolore fisico e psicologico, dall'altro di rendere meno traumatico ed angosciante il percorso di avvicinamento alla morte.

Dall'analisi dei principali studi, è emerso come l'esecuzione del bagno porti rappresenti una strategia di accompagnamento del paziente oncologico terminale ad una buona morte,

alleviandone segni e sintomi fisici e psicologici. Tenuto conto dell'importanza da me attribuita alla cura del corpo e della ferma convinzione che sia l'infermiere, in collaborazione con il personale di supporto, a doversene dedicare soprattutto quando gli assistiti in oggetto presentano una delicatezza clinica come nella terminalità, ho ritenuto opportuno approfondire questo filone di ricerca, al fine di esplorare con un'attenta analisi della letteratura, quali potessero essere i benefici che l'assistito può trarre dal bagno.
Credo fermamente che nell'ambito della terminalità, più che mai, si debba ricorrere ad una umanizzazione delle cure, ossia ad un premurarsi della persona assistita riappropriandosi di quelle pratiche assistenziali da erogare direttamente al letto del malato, e spero con il lavoro di tesi che segue di fornire degli spunti di riflessione in merito.

CAPITOLO 1 – *PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA*

1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema

Come è possibile apprendere da "I numeri del cancro in Italia" (AIOM, 2024), nel 2024 erano stimate 390.100 nuove diagnosi di tumore: 214.500 negli uomini e 175.600 nelle donne. A fronte di queste, vi era un numero di decessi per patologia oncologica di 180.700 persone, di cui 98 700 uomini e 82 000 donne, pari a più di 200 morti al giorno. Nonostante dal 1988 ad oggi siano stati evitati circa 1.248.100 decessi per cancro mediante una maggiore efficacia dei sistemi di screening e prevenzione, oltre ad un miglioramento dello stile di vita e ad un potenziamento delle conoscenze in merito agli approcci terapeutici, l'indice permane ugualmente elevato. La diagnosi di cancro porta con sé numerosi cambiamenti nella vita delle persone e delle loro famiglie, trasformando in modo radicale quelli che possono essere i progetti e gli obiettivi per il futuro. Per ogni essere umano, la malattia tumorale è un'esperienza estremamente soggettiva e le emozioni, le sensazioni ed i pensieri che si possono presentare sono diverse da individuo a individuo. Il modo in cui la malattia viene affrontata da un individuo può essere influenzato dai valori e dalle credenze con cui la persona è cresciuta. Il cancro non ha un impatto positivo sulla salute mentale, i pensieri intrusivi e le emozioni riguardo la malattia neoplastica, infatti, sono molto comuni. Promuovere una prospettiva multidisciplinare diviene quindi fondamentale ed è necessario che si tenga in considerazione, oltre agli aspetti strettamente medici e ai dati biologici, anche l'analisi e l'interpretazione delle componenti cognitive (credenze e conoscenze sulla malattia) psicologiche (livello di stress, ansia, depressione) e comportamentali (stili di vita) di ogni paziente, al fine di promuovere un processo di cura. Infatti, nei casi in cui si presenta un'evoluzione rapida della malattia, con prognosi infausta, questa può indurre nel paziente una sensazione di morte imminente, basata sul progressivo e reale deterioramento psico-fisico. Soprattutto in quest'ultima situazione, stati d'animo quali paura, rabbia, senso di colpa, tristezza e incredulità possono diventare opprimenti, con importanti oscillazioni del tono dell'umore dalla speranza alla disperazione (AIMAC,2022). È necessario, pertanto, che il personale sanitario, tra cui la figura infermieristica, siano promotori di azioni di cura in grado di attenuare il turbamento psicologico dell'individuo e indurre in esso la percezione di un

graduale processo di avvicinamento ad una morte di qualità. Tali azioni si possono tradurre in semplici gesti dell'agire quotidiano, che assumono però nell'assistito un importante valore esperienziale. Tra questi vi è l'igiene del corpo, che, come osserva la Nightingale, non rappresenta solo un atto di pulizia, ma un vero e proprio gesto di cura in grado di indurre sollievo e comfort nell'assistito.

1.2 Ipotesi

L'ipotesi dello studio è quella di confermare il contributo fornito dalla pratica del bagno completo, intesa come cura del corpo, nel favorire in modo significativo il benessere globale del paziente oncologico terminale, facilitando il raggiungimento di una buona morte.

1.3 Obiettivo dello studio

L'obiettivo di questo studio è quello di verificare in letteratura l'efficacia della cura del corpo, attuata nella modalità del bagno completo, come strategia di accompagnamento del paziente con patologia oncologica terminale al raggiungimento di una buona morte.

1.4 Quesiti di ricerca

Questo elaborato di tesi, rispetto all'obiettivo prefissato, intende rispondere ai seguenti quesiti di ricerca:

1. La cura del corpo può aiutare il paziente oncologico terminale nel raggiungimento di una buona morte?
2. La cura del corpo può aiutare i famigliari nel processo di elaborazione del lutto?

CAPITOLO II – *TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO*

2.1 Fundamentals of care

Il termine '*fundamentals of care'* ha origini nel passato e riflette la centralità dell'erogare cure infermieristiche così come atteso dalle persone assistite quando non hanno la capacità di essere autonome (Feo e Kitson,2016). È possibile definire il concetto come quella cura che "implica azioni infermieristiche capaci di rispettare e focalizzarsi sui bisogni fondamentali di una persona per garantire il suo benessere fisico e psicosociale; questi bisogni sono soddisfatti sviluppando una relazione positiva e di fiducia con la persona assistita e la sua famiglia/*caregiver*" (Feo et al., 2018). Quando non vi è un'attenzione adeguata ai FOC, molti aspetti rischiano di essere compromessi, quali la sicurezza e il benessere del paziente), la comunicazione, la dignità, il rispetto e il supporto emotivo (Feo e Kitson, 2016), generando disagio e frustrazione sia nei pazienti che negli infermieri.

2.1.1 Le origini del modello "fundamentals of care"

Le radici di questo modello risalgono al pensiero di Virginia Henderson che, elaborando la sua definizione di assistenza, univa i bisogni psicosociali del paziente a quelli fisici (Kitson et al., 2013). A partire da questa teorizzazione, ne deriva la odierna concettualizzazione dei fundamentals of care come modello a cerchi concentrici, al cui centro viene posta la relazione come elemento indispensabile per un'assistenza infermieristica efficace, che deve essere focalizzata sul paziente e sulla sua conoscenza; quando la relazione è instaurata, entrambe le parti lavorano insieme nell'ambito del secondo anello, ovvero quello della dimensione integrativa dei bisogni di cura. L'infermiere agisce in qualità di facilitatore dell'integrazione, al fine di elaborare un piano di cura inclusivo e che promuova, per quanto possibile, l'autocura.

2.1.2 Le sfide associate ai fundamentals of care

Il punto cruciale dei fundamentals of care, nonché la reale complessità nell'erogare i FOC, risiede nell'abilità dell'infermiere di instaurare una relazione efficace con la persona

assistita, poiché il riuscire ad entrare in sintonia con il paziente permette di soddisfare i suoi bisogni di cure fondamentali.

Le difficoltà di sistema, quali le scarse risorse infermieristiche e la qualità degli ambienti di cura, che spingono gli infermieri a prioritizzare alcune attività piuttosto che altre, determinano una prevalenza dei modelli biomedici e una carenza nell'erogazione dei FOC; tuttavia, va segnalato che anche gli stessi infermieri attribuiscono scarsa rilevanza alle cure

fondamentali (Feo e Kitson, 2016). Si verificano perciò le cosiddette *Unfinished Nursing Care*, ovvero quella serie di interventi richiesti dai pazienti che vengono in parte o totalmente omessi o posticipati.

È necessario, pertanto, che coordinatori e dirigenti infermieristici contribuiscano alla creazione di contesti in cui le cure fondamentali abbiano un valore e uno spazio. Per fare ciò la letteratura richiama principalmente due framework teorici:

- Il *'Person-centred care movement', definito dall'Institute of Medicine (2001) come una* "cura che rispetta e soddisfa i bisogni, i valori e le preferenze individuali del paziente". In questo modello l'enfasi è posta sull'esperienza del paziente, sulle cure ricevute e sul suo coinvolgimento nei processi decisionali affinché sia promossa in ogni contesto la sua partecipazione attiva. Questo modello lancia un'importante sfida agli operatori, poiché implica il passaggio da un ruolo passivo ad un ruolo attivo dell'assistito in partnership con gli infermieri che erogano le cure.
- Il *Compassionate care,* definito come la capacità di esprimere una cura competente, abile, basata su valori, che rispetta la dignità individuale dei pazienti, che richiede il più altro livello di professionalità e si basa sul concetto di empatia, rispetto e dignità (Feo et al., 2018)

2.1.3 Implicazioni pratiche per i fundamentals of care

Per implementare i FOC è necessario adottare modelli di presa in carico pazienti-centrici. Il "primary nursing" può essere considerato come il modello facilitante per eccellenza, dal momento che prevede l'assegnazione della responsabilità dell'assistenza del paziente ad un singolo infermiere incaricato a tale scopo e che rimane il punto di riferimento per

l'intero percorso di cura. Pertanto, la pianificazione e organizzazione delle cure infermieristiche si realizzano attraverso la relazione paziente-infermiere, che si declina in interventi e decisioni basate sui reali problemi espressi dall'assistito.

Anche l'*Intentional Rounding,* inteso come un accertamento regolare e sistematico del paziente a intervalli di tempo predefiniti è stato indicato per la sua capacità di soddisfare maggiormente i bisogni di cura fondamentali degli assistiti (Kitson et al., 2013) attraverso un'organizzazione del lavoro che prevede visite a cadenza oraria per valutare lo stato clinico, praticare attività e soddisfare bisogni come dolore, posizionamento, eliminazione, comfort, alimentazione e idratazione.

Nel 2018 In Irlanda, è stato sviluppato il *Carefull Nursing Phylosophy and Professional Practice,* un modello che stimola un ruolo centrale del nursing nella struttura del servizio ospedaliero e sanitario, al fine di stressare ed emergere i valori infermieristici e incorporarli nell'organizzazione del lavoro con l'obiettivo di promuovere l'eccellenza nella pratica infermieristica e prevenire l'erosione dei *fundamentals of care* (Meehan et al., 2018).

Tuttavia, è importante sottolineare come i soli modelli teorici non possano implementare l'erogazione clinica dei FOC, dal momento che questi ultimi richiedono abilità di personalizzazione degli interventi.

2.2 L'infermiere e il prendersi cura dell'altro

"L'infermiere cura creando con le persone una relazione, in cui l'empatia è una componente fondamentale. L'infermiere si fa garante che le persone assistite non siano mai lasciate in abbandono coinvolgendo, con il consenso degli interessati, le persone di riferimento nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di cura è tempo di relazione"(Art.4 codice deontologico delle professioni infermieristiche 2025). Questo estratto del codice deontologico ci ricorda che l'essere in relazione costituisce un fondamento ontologico per le professioni di cura, poiché la relazione, precede e accompagna la cura; senza relazione la cura non è caring, ma curing, ovvero trattamento, tecnica (Manara, 2012). Oggi il tempo della cura rischia di ammalarsi, e se ne ha particolare riscontro in questo periodo storico caratterizzato dalla velocità del fare, da una mission dei luoghi tradizionali di cura (in primis l'ospedale) fortemente influenzata da

una dimensione temporale 'fast', nella quale la misura del tempo è legata a parametri oggettivi e prestazionali. Diviene importante dunque riflettere sul senso del tempo di cura, anzitutto comprendendo le diverse connotazioni di significato che il tempo assume.

L'esperienza di tempo è un'esperienza soggettiva, sia per il curante che per il curato, ma vi sono degli eventi che possono determinare in modo incisivo la connotazione data al tempo; tra questi vi è la malattia, che rappresenta non tanto un istante isolato lungo la linea del tempo vissuto ma un cambiamento che prende parte alla narrazione della vita di ognuno e che deve essere considerato in opposizione agli orizzonti di passato e futuro (Giuliani et. al., 2015). Il tempo della malattia è per eccellenza il tempo enigmatico della sfida: il tempo in cui la vita sembra tradire le sue promesse e le nostre attese, in cui la fiducia originaria nella bontà dell'esistenza è altrettanto facilmente rimessa in dubbio. È il tempo della crisi, in cui si sperimenta di essersi sbagliati, traditi dal proprio corpo e dalla vita stessa. Il tempo della malattia coincide anche con il tempo della cura, ed è dunque un tempo essenzialmente condiviso (Arcadi et al.,2021). Pazienti e curanti condividono lo stesso tempo, la medesima porzione di tempo, la stessa quantità, ma la percezione e il significato di questo tempo medesimo sono radicalmente diversi nei due casi. Tuttavia, è il tempo condiviso che rende possibile una relazione che può diventare significativa per la loro maniera di abitare il tempo. Il buon tempo dell'ascolto, è anzitutto premessa per la comprensione dei bisogni di salute dei pazienti, e funge da guida per una presa di decisione appropriata. È necessario rivalutare il tempo dell'ascolto e della relazione, introiettarlo come dimensione fondamentale del proprio essere curante, concretizza gli assunti di base di una medicina sobria, rispettosa e giusta, perché a volte non fare è più utile che fare, anche se richiede (paradossalmente) più tempo, ma è ciò che è giusto e rispettoso per il paziente. (Arcadi et al,2023).

La relazione di cura "slow" è fatta di gesti che si compiono in quel tempo propizio che la relazione stessa concede di vivere. Anzi, potremmo dire che l'emblema del tempo di cura è il gesto che ne scaturisce. Il termine latino gestus designa ogni tipo di movimento e di atteggiamento concernente il corpo nella sua interezza; i gesti mettono in relazione più diretta e globale le persone tra loro, associano i corpi: i gesti fanno e raccontano degli uomini ciò che essi più autenticamente sono. Parlare di gesti significa parlare pienamente del significato delle nostre relazioni (Arcadi et al.,2021). Al corpo ci si avvicina, si parla; il corpo si tocca, si odora, si guarda; nelle posture e nell'atteggiamento che assume in

ogni suo gesto, il corpo parla un linguaggio che anticipa e trascende l'espressione verbale. Nella relazione di cura, uomini e donne dai corpi vissuti si incontrano e tentano di aprirsi, grazie ai gesti, ad un sentire, che consente loro di leggere, ascoltare, elaborare meglio le necessità ed i bisogni di assistenza. Il gesto di cura trova il suo senso originario nel sostenere, nel ricomporre: la cura di un corpo malato, trasformato, ferito, che si realizza attraverso un tatto o uno sguardo dolce, caldo e rassicurante, può restituire dignità e identità alla persona, liberare, ricostruire l'immagine del proprio corpo, guarire. (Arcadi et al.,2021). Tutto questo si può riassumere nel concetto di umanizzazione delle cure, inteso come la visione omnicomprensiva del prendersi cura, che si articola nella prospettiva relazionale, tecnico-professionale, organizzativa e strutturale (ASUFC,2025).

2.3 L'importanza della cura del corpo

In merito all'importanza della cura del corpo, Virginia Henderson afferma: "mantenere l'igiene fisica, la cura della persona e la protezione della pelle sono bisogni umani fondamentali". L'infermiere, in quanto responsabile dell'assistenza generale infermieristica (DM 739/1994), si occupa di provvedere all'igiene personale degli assistiti che non sono più in grado di soddisfare autonomamente i propri bisogni di base. L'invecchiamento della popolazione e il crescente numero di malattie croniche nella società odierna stanno determinando una crescente domanda di cure fondamentali di alta qualità (Feo & Kitson,2016). Pertanto, si prevede che la domanda di assistenza igienica aumenterà in tutto il mondo e l'infermiere sarà chiamato a risponderne in prima persona. L'igiene non si limita a favorire l'integrità e la pulizia della cute, ma come osservato dalla Nightingale "Il sollievo e il comfort provati dal malato dopo che la pelle è stata accuratamente lavata e asciugata è una delle osservazioni più comuni fatte al letto di un malato". Pertanto, le cure igieniche assumono la forma di un vissuto esperienziale per il paziente, che riconosce il bagno come una fonte di piacere da cui trarne confort. Diversi studi hanno evidenziato come il bagno e la doccia a letto vengano ritenuti essenziali dal paziente per la propria guarigione e di conseguenza un'attività fondamentale del percorso di cura. È possibile affermare che l'igiene ha diversi significati per i pazienti, ma non tutti gli infermieri le attribuiscono la giusta priorità e il giusto valore rispetto ad altri compiti assistenziali orientati alla cura (Adamsen & Tewes,2000).

Sempre più spesso, i sistemi sanitari operano all'interno di un quadro manageriale che si concentra sul completamento dei compiti e sulla valutazione dei risultati come mezzo per fornire assistenza basata sull'evidenza a costi ridotti e aumentare la produttività e l'efficienza (Griffiths et al.,2012).

Di conseguenza, il lavoro infermieristico assume una connotazione tecnica per cui l'igiene viene vista come un atto per raggiungere la pulizia del corpo piuttosto che come un'opportunità per entrare in contatto con i pazienti e fornire cure di qualità. Questo induce alcuni infermieri a fornire cure di bassa qualità, considerando i pazienti come "corpi" a cui fare cose, piuttosto che come "persone" con cui interagire (Feo e Kitson,2016). Un'assistenza igienica di bassa qualità inibisce lo sviluppo di una relazione infermiere-paziente confortante con un possibile declino della qualità della vita e del benessere del paziente (Conroy et al.,2021). Per evitare ciò, gli infermieri devono riaffermare il valore dell'assistenza igienica concettualizzando l'esperienza del paziente.

Le esperienze di assistenza infermieristica, inclusa l'igiene, si realizzano in relazioni reciproche con i pazienti e si basano sulle risposte consapevoli degli infermieri ai bisogni individuali dei pazienti. Questa interrelazione si sviluppa man mano che gli infermieri percepiscono le azioni dei pazienti, generando pensieri ed emozioni che danno un senso a tali azioni; le risposte degli infermieri stimolano percezioni, pensieri ed emozioni dei pazienti. In breve, le esperienze di assistenza dei pazienti sono influenzate dalla percezione che gli infermieri hanno del significato dell'assistenza (Wiedenbach,1964).

2.3.1 I professionisti coinvolti nella cura del corpo

In Italia, secondo il profilo professionale dell'infermiere (DM 739/1994), l'infermiere è il responsabile dell'assistenza infermieristica generale, che comprende "...interventi igienico-sanitari, tecnici, relazionali ed educativi..." *(Art. 1, comma 1 e 4);* pertanto l'igiene è parte integrante dell'assistenza infermieristica ed è di competenza autonoma dell'infermiere, il quale ha il compito di identificare i bisogni delle persone da assistere e, in base ad essi, enunciare gli obiettivi da raggiungere, per poi pianificare, gestire e valutare l'intero intervento di assistenza infermieristica.

L'infermiere per portare a termine questo compito, se necessario, può avvalersi del personale di supporto (OSS). Per fare ciò deve applicare tutte le procedure e i protocolli

necessari per l'inserimento e valutazione del personale di supporto, al fine di assegnarli tramite il meccanismo dell'attribuzione, le attività di cui però rimane responsabile del risultato finale. Quindi, l'infermiere non delega, ma attribuisce all'OSS i compiti che rientrano nel suo profilo professionale (Accordo Stato-Regioni 22/02/2001). L'OSS non svolge solo determinati compiti, come fossero ordini, ma avendo conseguito conoscenze di base o specialistiche tali da delineare un ambito preciso di competenze e autonomia professionale, collabora o supporta le attività dell'infermiere previste dal suo profilo professionale. Il tempo dedicato alle attività di igiene e cura del corpo da parte dell'infermiere è in costante diminuzione, poiché guidato da un'ottica prestazionale, si occupa di attività ritenute prioritarie nel contesto d'intervento; questo implica che l'esecuzione dell'igiene nelle unità operative venga affidata agli OSS. Secondo l'Art. 5 dell'accordo Stato-Regioni 2001 agli operatori di supportano spettano le seguenti attività: assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero, intervento igienico-sanitario e di carattere sociale e supporto gestionale, organizzativo e formativo. Tuttavia, la responsabilità per la corretta gestione dell'assistenza è saldamente in mano al personale infermieristico, nonostante la figura dell'OSS sia dotata di discreta autonomia operativa, poiché l'operatore di supporto svolge la propria attività "su indicazione degli operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale". L'eventuale colpa, da cui potrebbe derivare all'infermiere un addebito di corresponsabilità per il fatto commesso dall'operatore di supporto, può essere individuata come colpa nell'attribuzione di mansioni; in altre parole, l'infermiere potrebbe aver sbagliato nell'individuare l'oggetto dell'assegnazione di compiti, oppure l'infermiere potrebbe commettere un errore nella scelta del destinatario dell'attribuzione: la culpa in eligendo, "(ex articolo 2049 del Codice Civile di derivazione dal codice di diritto Romano), cioè la scelta sbagliata. L'infermiere pertanto può attribuire al personale di supporto le attività di igiene della e cura della persona, ma dopo aver attentamente valutato che le caratteristiche del paziente e la sua condizione clinica siano conformi alla gestione da parte dell'OSS. Differente invece è la figura dell'assistente infermiere, che viene istituito come operatore di interesse sanitario, sulla base della legge 43/2006. Si tratta di un profilo che si colloca, formalmente e funzionalmente, tra l'Oss e l'infermiere, con compiti specifici, regolati e riconducibili a standard definiti su base nazionale. Non si tratta di un infermiere "semplificato", né di un Oss potenziato, ma di una figura con

competenze tecniche limitate e definite, che opera su indicazione dell'infermiere, in attività considerate a basso livello di discrezionalità decisionale. Secondo il decreto, l'assistente infermiere può effettuare su indicazione infermieristica le seguenti attività principali: rilevazione dei parametri vitali, somministrazione di ossigeno (su prescrizione), supporto alla somministrazione di farmaci non iniettivi, collaborazione alla gestione del dolore e alla preparazione di semplici medicazioni, assistenza nella preparazione e sanificazione di dispositivi, partecipazione all'educazione sanitaria rivolta a pazienti e caregiver. Essendo l'assistente infermiere di base un operatore di supporto con competenze specifiche ed integrate acquisite, può anch'esso su attribuzione infermieristica effettuare le attività di igiene e cura del corpo; tuttavia, la funzione per cui viene riconosciuta questa figura nei contesti clinici è quella di fungere da supporto all'infermiere, che detiene il ruolo di responsabile del processo di cura, nell'esercizio di attività a basso rischio delineate da specifico decreto.

2.4 Concetto di "Buona morte"

Il concetto di buona morte ha subito varie trasformazioni nel corso dei secoli: da morte verificatasi sul campo di battaglia o al termine di una brillante carriera circondati dalla gloria alla morte scelta dall'imperatore Nerone che si suicida con l'aiuto del suo segretario Epafrodito nel mondo romano.

La riflessione sulla buona morte si accompagna, nelle correnti filosofiche degli Epicurei e degli Stoici, a quella relativa all'imperturbabilità dal dolore morale: i primi parlano di atarassia in riferimento all'imperturbabilità del saggio di fronte alle passioni e ai desideri, i secondi di apatia quale liberazione dalle passioni che permette di intraprendere un nuovo percorso, condotto sotto il segno della razionalità. Con il Cristianesimo la buona morte cessa di essere un'espressione di valore e virtù in questa vita, per identificarsi con la resurrezione in una vita ultraterrena raggiungibile solo attraverso l'obbedienza e il rispetto dei dogmi cristiani nella vita terrena (Montaguti,2020). Oggi la buona morte può essere intesa come "la morte non sofferta" che, grazie al controllo dei sintomi fisici, risulta essere la morte il più possibile buona e dignitosa per la persona affetta da patologia ingravescente e incurabile. Secondo la letteratura, non si tratta esclusivamente di una morte senza sofferenza fisica, ma di una morte che avviene in un contesto relazionale/sociale, che può essere preparata e che consente una valorizzazione

esistenziale. Per far sì che vi sia un adeguato contesto è necessario che vi siano il rispetto delle regole culturali (rituali), una preparazione pubblica, una buona comunicazione da parte dell'equipe curante, la condivisione delle decisioni e l'avere persone care vicine in un clima di accettazione. La consapevolezza e l'accettazione del proprio morire passano mediante un percorso di preparazione dell'individuo ad uscire gradualmente dai propri ruoli sociali, ma allo stesso tempo mantenendo la propria gestione della vita fino all'ultimo respiro. Infine, la valorizzazione esistenziale presuppone l'arrivare ad essere in pace con sé stessi, la consapevolezza di un'esistenza piena e l'attribuzione di un significato alla morte.

2.4.1 Accompagnamento ad una buona morte

Nell'accompagnamento al fine vita della persona fragile è necessario considerare prima di tutto la complessità che sottende alla fragilità stessa: anche una singola condizione clinica o un elemento di sofferenza della persona può di fatto aprire uno scenario di bisogni articolati che richiedono un intervento personalizzato ed integrato. In tal senso le Cure Palliative rappresentano l'archetipo contemporaneo della Medicina della Complessità (Zuffetti e Mencacci, 2024). Così come stabilito dalla Legge n°38 del 15 marzo 2010, le cure palliative comprendono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti a quei pazienti la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici. L'équipe multidiscplinare (medico di medicina generale, medico palliativista, psicologo, infermiere, assistente sociale ed eventuali altre figure professionali) garantisce, indipendentemente dalla prognosi di vita residua, la presa in carico delle persone che, a causa di patologie cronico-progressive ingravescenti, hanno sia una grave compromissione dello stato di salute sia della qualità di vita. La presa in carico di tutti i professionisti tiene conto di tutte le dimensioni di questa sofferenza (fisica, bio-psicosociale, spirituale) e di tutti i momenti del percorso che comprendono la cura sanitaria del morire, il prendersi cura del morente da accompagnare, la tutela di coloro che hanno significato nella vita della persona nelle fasi del congedo e del lutto. Diventa perciò doveroso mettere in atto una pianificazione assistenziale personalizzata, che si ispiri a quanto il paziente esprime mediante la narrazione della propria malattia. La Medicina Narrativa rappresenta quell'approccio utile a far sì che il malato trovi quello

spazio dedicato, sereno e consapevole dove poter raccontare ed essere ascoltato per trovare senso, dignità alla propria storia, ed anche mettere in piena luce nuovi bisogni che l'equipe di cura può raccogliere e trasformare in gesti di aiuto (Zuffetti e Mencacci, 2024). Grazie alla medicina narrativa, si può identificare meglio la malattia, trasmettere sapere e rispetto, collaborare con umiltà tra colleghi, accompagnare il paziente, insieme con la sua famiglia, lungo la sofferenza. Si possono offrire cure più etiche ed efficaci.

2.4.2 I bisogni dell'individuo morente per il raggiungimento di una "buona morte"

La raccolta dei bisogni dell'individuo e la loro integrazione nel piano di cura personalizzato possono di fatto "illuminare" le parti più al buio del fine vita. (Zuffetti e Mencacci, 2024) Nell'approccio alla persona morente dobbiamo tener conto di quelli che sono i suoi bisogni espressi; la letteratura (Zuffetti e Mencacci, 2024) suggerisce tra i bisogni più importanti:

- Bisogno di essere confermati come Persona: essere visti, essere riconosciuti, essere identificati; poter esprimere sentimenti, sia positivi sia negativi; poter ringraziare, perdonare, esprimere rabbia, delusione, risentimento, paura, come normali reazioni che anche altri possono provare o condividere con noi.
- Bisogno di poter elaborare il proprio lutto, con tempi e modi propri
- Bisogno di essere coinvolti, informati, ascoltati mediante un'informazione chiara ed una comunicazione tempestiva, onesta e aperta con la famiglia e con tutti gli individui coinvolti.
- Bisogno di preservare sé stessi all'interno di una rete di relazioni autentiche
- Bisogno di connessioni (a sé stessi, al passato, a Dio, agli altri), avere l'opportunità di esplorare la propria dimensione spirituale (es.: momenti dedicati durante la giornata dove potersi raccogliere in privato, pregare, meditare, guardare la messa, o commemorare qualcuno)
- Bisogno di dare senso e significato preservando la dignità mediante cure e assistenza di qualità che tutelino l'intimità dell'assistito.
- Bisogno di narrare e narrarsi: oltre le parole; sentire di poter narrare di sé senza giudizio, dei bisogni più intimi, della corporeità che cambia, della morte, della fase terminale della vita, delle necessità burocratiche, ecc

- Bisogno di essere rassicurati: sentire che non si sarà abbandonati, mediante la vicinanza emotiva, anche se non possibile quella fisica, di amici o famigliari particolarmente significativi

Di fronte alla persona morente diventa più che mai essenziale mantenere l'attenzione a quei bisogni, esistenziali e spirituali che permangono come snodo cruciale nel mantenimento del benessere psicologico, in particolar modo di fronte alle perdite e al morire. (Zuffetti e Mencacci, 2024)

In particolar modo, è fondamentale tener conto oltre alla dimensione organica e psicologica, quella spirituale, che deve entrare a pieno titolo all'interno del piano assistenziale individualizzato (PAI) di accompagnamento, da esplorare, valutare, gestire attraverso interventi e obiettivi mirati.

2.5 Il lutto

La morte di una persona cara rappresenta un'esperienza universale e un evento caratteristico della condizione umana. Per quanto si tratti di un processo profondamente individuale, la reazione di lutto, composta dalle risposte cognitive, emotive e comportamentali alla perdita di una persona cara, è sperimentata da ogni essere umano nell'arco della sua vita. La separazione da una figura di attaccamento rappresenta una minaccia tale da generare una reazione di allarme, che si pensa essere associata all'attivazione del sistema simpato-adreno-midollare e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene.

La morte di una persona cara costituisce uno degli eventi vitali più stressanti per un individuo ed è spesso descritto come la più dolorosa delle esperienze nell'arco della vita. Il lutto potrebbe essere concettualizzato come una risposta allo stress causato dalla perdita di un'importante figura di attaccamento. Il lutto acuto è una reazione naturale alla separazione permanente da una persona amata e implica la difficoltà nell'adattarsi alla perdita, con persistenti vissuti di angoscia e rifiuto rispetto alla separazione. Inoltre, negli individui che hanno subìto una perdita, non è raro osservare la presenza di un intenso e persistente dolore emotivo, d'isolamento sociale e perdita degli interessi. Infine, le risposte emotive sono variabili e includono diverse emozioni negative, quali tristezza, rabbia, ansia, colpa e vergogna, ed emozioni positive, che solitamente emergono in

relazione alla rievocazione dei ricordi felici o sollievo qualora la morte sia giunta al termine di una lunga malattia. (Carmassi et al. 2023). Nella maggior parte dei soggetti che sperimentano un lutto, i pensieri e i sentimenti di perdita si modificano nel tempo e il lutto acuto evolve progressivamente in un lutto integrato. Ciò avviene mediante un processo di elaborazione del lutto, che fu descritto per la prima volta da Sigmund Freud nel saggio "Lutto e Malinconia"; egli ipotizzò che il processo di lutto si svolgesse in tre fasi: diniego, accettazione e distacco. Successivamente a Freud anche Bowlby parlò di fasi di elaborazione del lutto. Lo psicologo britannico descrisse infatti quattro fasi di questo processo: fase dello stordimento, fase dello struggimento, fase della disperazione e disorganizzazione, fase della riorganizzazione. Rispetto a questo argomento, è forse maggiormente conosciuta la tesi della dottoressa Elisabeth Kübler Ross. Inizialmente la psichiatra svizzera, nel suo testo *"La morte e il morire"(1969)*, ha proposto un modello basato su differenti stadi relativi agli atteggiamenti che il paziente affronta di fronte ad una diagnosi di malattia terminale. Successivamente si è verificato che lo stesso approccio poteva essere osservato anche nella persona che subisce una perdita e si trova a dover affrontare la scomparsa di una persona cara. Secondo la Ross, le 5 fasi del lutto sono:

1. Fase del rifiuto e della negazione: in questa fase, la persona cerca di negare la realtà della perdita**,** rifiutandosi di accettare che ciò che è accaduto sia effettivamente vero; Questo meccanismo di difesa può manifestarsi attraverso una serie di comportamenti, come ad esempio la ricerca insistente della persona scomparsa, la sensazione di non riuscire a credere alla sua morte, o la convinzione che si tratti di un errore o di una confusione.
2. Fase della rabbia: questa fase rappresenta il momento in cui la persona inizia a reagire emotivamente alla perdita e cerca di trovare un capro espiatorio su cui scaricare la propria rabbia e il proprio dolore.
3. Fase del patteggiamento o contrattazione: in questo stadio, si cerca di riprendere il controllo della propria esistenza**,** e di tornare in qualche modo a una sorta di normalità, o di provare a ricostruirla.
4. Fase della depressione: durante questa fase, si sperimenta un profondo senso di tristezza, disperazione e vuoto emotivo**.** Si possono provare dolore costante, perdita di interesse per le attività e cambiamenti nel sonno e nell'appetito. I

pensieri intrusivi riguardo alla persona perduta possono alimentare la tristezza e il senso di colpa.

5. Fase dell'accettazione: la persona in lutto inizia a integrare gradualmente la consapevolezza della perdita nella propria realtà e a trovare un nuovo equilibrio emotivo.

Tale progressione non si verifica in una definita finestra temporale, ma le attuali definizioni di risposta maladattiva al lutto prevedono un periodo di tempo pari a 6-12 mesi. Ai fini della classificazione diagnostica attualmente proposta, le reazioni al lutto presenti nei primi 12 mesi dopo la perdita della persona cara dovrebbero essere considerate come parte di un lutto acuto non complicato. Nel corso del tempo, diversi fattori possono contribuire alla progressione del lutto acuto in lutto integrato, inclusi il riconoscimento della perdita (per es., adattare il proprio funzionamento socio-lavorativo alla nuova situazione senza la persona cara e ridefinire i propri progetti e obiettivi di vita senza il defunto) e l'integrazione dei sentimenti positivi e dolorosi circa la perdita. Durante l'evoluzione del lutto acuto in lutto integrato, un processo che solitamente si verifica in modo frammentario, le capacità di regolazione affettiva sono ristabilite, l'intensità e la persistenza dei sentimenti di desiderio, nostalgia, tristezza e solitudine si riducono (e diventano, in genere, limitati nel tempo, verificandosi in momenti specifici come gli anniversari) e le capacità di gioire e provare piacere ricompaiono. Inoltre, la finalità della morte è processata e riconosciuta. Infine, gli interessi nei confronti delle attività e delle persone sono restaurati, con la revisione degli obiettivi e progetti di vita senza il defunto. (Carmassi et al.2023).

CAPITOLO III – *MATERIALI E METODI*

3.1 Criteri di selezione degli studi

- **Disegno di studio:** non sono state messe in atto restrizioni per quanto riguarda il disegno di studio. Sono stati presi in considerazione gli studi riguardanti il beneficio del bagno come strategia di accompagnamento del paziente oncologico terminale ad una buona morte.
- **Tipologia dei partecipanti:** Pazienti affetti da patologia oncologica terminale. Non sono stati stabiliti limiti per patologie concomitanti di cui sono affetti i pazienti presi in considerazione dagli studi analizzati.
- **Tipologia di intervento:** nella ricerca degli interventi che possono favorire l'accompagnamento del paziente oncologico terminale ad una buona morte, viene individuato il bagno completo dell'assistito. Non sono state effettuate selezioni rispetto le differenti modalità di esecuzione del bagno, considerando quindi solo gli interventi in generale.
- **Tipi di risultati misurati:** I risultati principali dimostrati dagli studi, che gli hanno resi selezionabili, riguardano principalmente il miglioramento dei sintomi fisici e psicologici riferiti dal paziente oncologico terminale.

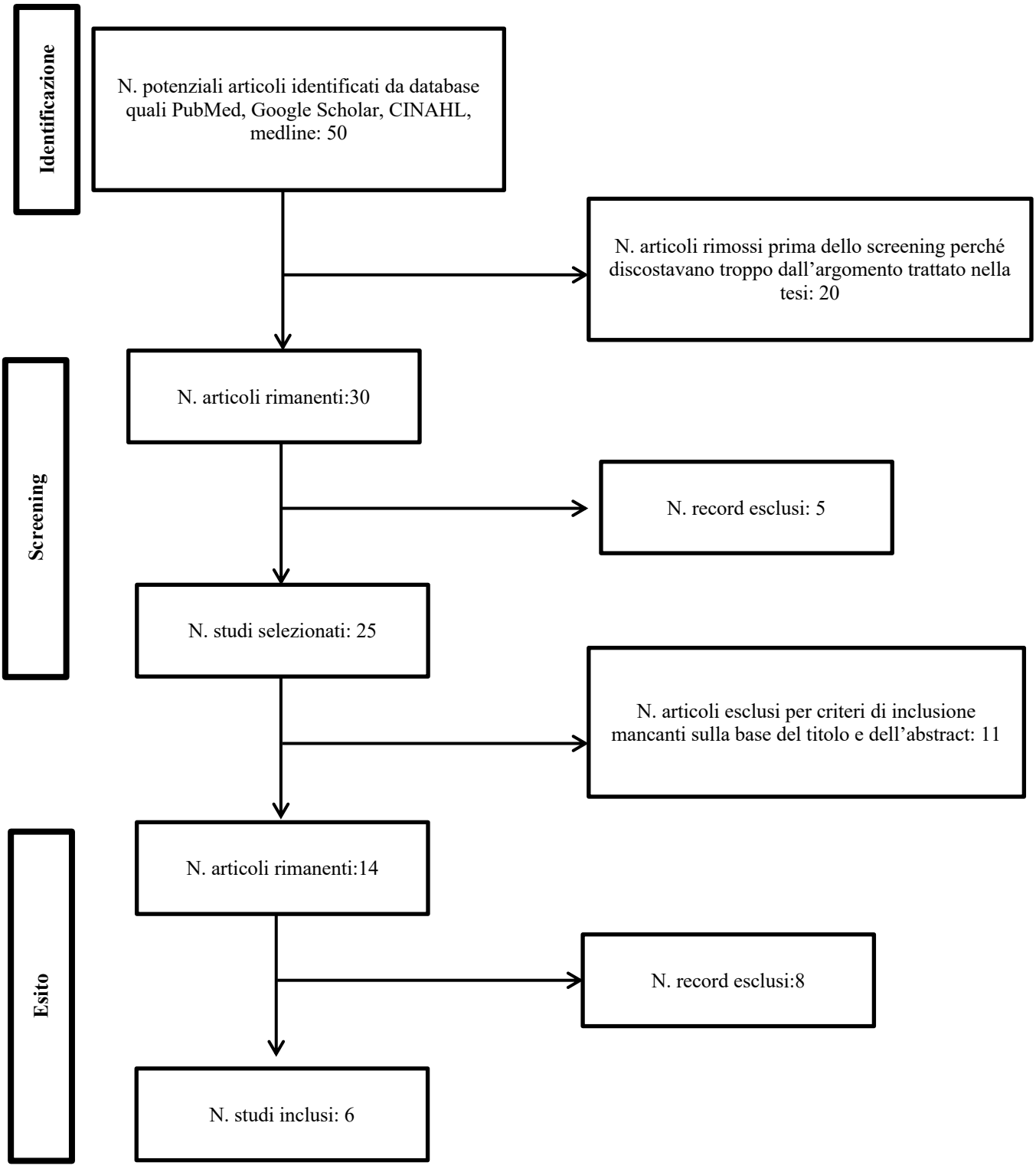
3.2 Strategia di ricerca per individuare gli articoli

Le banche dati utilizzate per la ricerca degli articoli da includere in questa revisione comprendono database elettronici quali: Google Scholar, PubMed, CINAHL Database, Medline. La banca dati principalmente utilizzata è PubMed, in quanto ha permesso di reperire un maggior numero di risultati.
Le parole chiave utilizzate sono state: "fine vita", "cancro avanzato", "bagno completo", "cure fondamentali", "buona morte", "lutto".
Nella ricerca dei materiali non è stato applicato alcun filtro di tipo linguistico/ temporale/ di contesto. La revisione ha avuto inizio con l'utilizzo di termini liberi poi perfezionati, al fine di focalizzare la ricerca a campi maggiormente ristretti con conseguente maggiore

specificità. Una volta terminata la selezione degli articoli sono stati eseguiti i primi confronti dei materiali.

3.3 Selezione degli studi

PRISMA flow chart



Nello svolgimento del presente studio di revisione bibliografica sono stati eseguiti una serie di confronti degli studi presenti in letteratura riguardanti l'efficacia del bagno come strategia di accompagnamento del paziente oncologico terminale ad una buona morte.
L'obiettivo iniziale era quello di osservare gli studi presenti in letteratura che ponessero la loro attenzione sull'efficacia del bagno nella riduzione dei segni e sintomi fisici e psicologici dell'assistito, quindi nel contribuire a raggiungere una condizione di maggiore benessere e di miglioramento della qualità della vita nella persona morente. Nel proseguo degli studi, l'attenzione si è poi focalizzata anche sui famigliari del paziente, prendendo in considerazione gli studi che considerassero l'esecuzione del bagno al proprio caro una strategia di elaborazione del lutto nei parenti.

3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione

Gli studi che sono stati inclusi nella revisione sono caratterizzati da: registrazione e valutazione mediante strumenti validati dei segni e sintomi riportati dal paziente oncologico terminale in seguito all'esecuzione del bagno, raccolta dei vissuti degli assistiti in relazione all'esperienza del bagno, raccolta del vissuto degli assistiti in merito alle cure igieniche ricevute, registrazione del livello di sicurezza e del tasso di mortalità correlato all'esecuzione del bagno nel paziente prossimo alla morte.

Autore, anno, Paese	Titolo e tipo di studio	Campione	Risultati
Hayashi E., Aoyama M., Fukano F., Takano J., Shimizu Y, Miyashita M. 2022 (Giappone)	Effetti del bagno in vasca sui sintomi fisici e psicologici dei pazienti oncologici in fase terminale (Studio osservazionale controllato)	Hanno partecipato allo studio 57 pazienti ospiti di un reparto di cure palliative, con tumore avanzato, conoscenza della diagnosi e punteggio 0 della scala Richmond Agitazione-sedazione	Lo studio ha esplorato gli effetti del bagno sugli aspetti fisici e psicologici dei pazienti oncologici terminali. In particolare, sono stati valutati mediante la scala ESAS e CFS le variazioni riportate rispetto i sintomi più comuni in questa tipologia di paziente. I risultati ottenuti evidenziano il beneficio del bagno come strategia per il miglioramento di segni e sintomi psicologici.
Reger M., Kutschamn S., Freuding M., Schimdt T., Josfeld L., Huebner J. 2022 (Germania)	Terapie idroterapiche (idroterapia, balneoterapia o acquaterapia) per pazienti oncologici: una revisione sistematica	Pazienti oncologici terminali	La presente revisione sistematica si è posta l'obiettivo di esplorare l'utilizzo delle terapie idroterapiche per alleviare i sintomi associati a malattie e trattamenti nei pazienti oncologici. In particolare questo studio evidenzia una diminuzione del dolore e dello stato d'ansia nei pazienti sottoposti a terapia idroterapica.
Skaczkowski G. ,Moran J., Langridge J., Oataway K., Wilson C. 2018 (Australia)	Effetto di un bagno termale sui sintomi del paziente in un contesto di cure palliative acute: uno studio pilota	Hanno partecipato allo studio 52 pazienti oncologici terminali sottoposti a cure palliative	Lo studio si è proposto di esaminare il potenziale di un intervento basato su bagni in vasca, definiti come termali, per ridurre la percezione del dolore e dell'ansia, migliorando il benessere degli assistiti sottoposti a cure palliative. L'intervento secondo i dati raccolti ha migliorato il dolore auto-riferito dai pazienti, l'ansia e il benessere, dopo aver eseguito le cure igieniche in vasca.

Autore, anno, Paese	Titolo e tipo di studio	Campione	Risultati
Hayashi E., Aoyama M., Masukawa K., Morita T.,Kizawa Y., Miyashita M. , Tsuneto S., Shima Y. 2022 (Giappone)	Il bagno nelle cure terminali dei pazienti oncologici e la sua relazione con la percezione di una "buona morte": un'indagine nazionale sul lutto in Giappone	Famigliari in lutto di pazienti deceduti per cancro in regime di ricovero presso un servizio di cure palliative	Questo studio ha esplorato, mediante la somministrazione di un questionario, la prevalenza e le impressioni relative al bagno nei pazienti oncologici terminali e la sua relazione con le valutazioni delle cure percepite in fin di vita e il raggiungimento di una buona morte. Nel complesso, la maggior parte dei famigliari ha riferito che il viso del paziente sembrava calmarsi dopo il bagno, valutando l'esperienza come una forma di valorizzazione della persona; inoltre, è stata riportata una maggiore soddisfazione delle famiglie in lutto il cui caro aveva eseguito il bagno prima di morire
Fujimoto S., Iwawaki Y., Takishita Y., Yamamoto Y., Murota M., Yoshioka S., Hayano A., Hosokawa T., Yamanaka R. 2017 (Giappone)	Effetti e sicurezza del bagno meccanico come terapia complementare per i pazienti oncologici in fase terminale dal punto di vista fisiologico e psicologico: uno studio pilota	24 pazienti oncologici terminali ospiti di un reparto di cure palliative	Questo studio si è posto l'obiettivo di valutare, utilizzando indici fisiologici e psicologici, gli effetti del bagno meccanico sui pazienti in fase terminale di cancro. I risultati evidenziano una differenza significativa nell'ansia pre e post bagno, associata ad un aumento del benessere generale e ad una diminuzione della stanchezza.

Autore, anno, Paese	Titolo e tipo di studio	Campione	Risultati
Oya K., Morita T., Koga H., Mori M., Kashiwagi H., Ohmori T., Matsumoto Y., Matsumoto E., Kosugi S., Sasaki S. 2021 (Giappone)	Associazione tra il bagno e la sopravvivenza nei pazienti con cancro avanzato nei loro ultimi giorni di vita: uno studio di coorte prospettico monocentrico	110 pazienti con cancro avanzato nei loro ultimi giorni di vita in un'unità di cure palliative	Questo studio si è proposto di esaminare se l'esecuzione del bagno influenzasse la sopravvivenza dei pazienti con prognosi di pochi giorni, mediante un confronto tra gli assistiti che ricevevano le cure igieniche e coloro i quali non le ricevevano. I risultati hanno dimostrato che non vi è alcuna correlazione tra l'esecuzione del bagno e la riduzione della sopravvivenza, pertanto si può definire l'esecuzione delle pratiche igieniche una attività sicura.

Tabella 1: descrizione degli studi inclusi nella revisione.

3.5 Descrizione degli studi esclusi dalla revisione

Gli articoli che sono stati esclusi dal presente lavoro di revisione della letteratura sono tutti gli studi che non hanno risposto in maniera soddisfacente ai criteri di inclusione; specificatamente: si discostavano dal quesito di ricerca; non includevano il paziente oncologico terminale ma il beneficio del bagno associato ad altri profili paziente.

CAPITOLO IV – *RISULTATI*

4.1 Qualità metodologica degli studi

Gli studi selezionati presentano livelli differenti di rigore metodologico, se valutati secondo la piramide delle evidenze; tuttavia, questo non ha rappresentato un elemento di difficoltà nell'esplorazione dei contenuti oggetto di studio. Lo studio Reger et al.(2022), ad esempio, è una revisione sistematica e la molteplicità degli studi inclusi determina una eterogeneità dei risultati tale da determinare difficoltà nello stabilire conclusioni generalizzabili in grado di rispondere all'ipotesi iniziale. Lo studio Oya et al.(2021) è uno studio di coorte, ed è stato selezionato poiché ha permesso di evidenziare mediante un campione ampio come il bagno non rappresenti un fattore predisponente un peggioramento delle condizioni cliniche e quindi una pratica sicura, in accordo con l'ipotesi dello studio. Lo studio Hayashi et al.(2022) è uno studio osservazionale, i cui risultati sono scarsamente generalizzabili poiché è stato condotto in una singola struttura e alcuni dei pazienti arruolati non sono stati in grado di completare le misurazioni a causa di delirium o peggioramento dello stato di salute. Lo studio Skaczkowski et al(2018) e Fuijmoto et al.(2017) sono due esempi di studi pilota, che presentano una debolezza metodologica dovuta alla scarsità del campione oggetto di studio, riferito ad una sola struttura ospedaliera e con un numero di partecipanti relativamente contenuto. Infine, lo studio Hayashi et al.(2022) è un'indagine nazionale, la cui vastità del campione è notevole, ma la dimensione del fenomeno è stata indagata non sui pazienti ma sulle famiglie in lutto, per cui potrebbero esservi dei baias rispetto la reale percezione del bagno da parte degli assistiti.

Per quanto riguarda l'omogeneità del campione**,** gli studi selezionati presentano dei limiti, in quanto variano il numero dei pazienti sottoposti allo studio, la durata della degenza e le comorbilità (solo alcuni studi dichiarano come criterio di esclusione la presenza di patologie concomitanti, mentre per altri non è considerato un fattore limitante o influente). Anche l'età del campione è variabile, poiché alcuni studi dichiarano di prendere in considerazione pazienti con età pari o maggiore a 18 anni, altri, invece, pazienti di età maggiore ai 20 anni o età compresa tra i 18 e i 65 anni. Inoltre, gli studi differiscono per il performance status del paziente, dal momento che il livello di dipendenza nello svolgimento delle ADL differisce in alcuni casi in modo significativo, determinando

perciò un vissuto differente nell'esecuzione delle cure igieniche. Infine, il campione presenta differenze relative alla patologia di base, poiché in alcuni viene citata la sola patologia oncologica, mentre nello studio Reger et al. viene esplicitata come principale la diagnosi di cancro al seno.

4.2 Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti

Il confronto tra i vari studi presi in considerazione ha portato in particolar modo ad analizzare i parametri fisiologici e psicologici indicatori di una percezione positiva del paziente rispetto le cure igieniche ricevute.
Nella tabella sottostante vengono organizzati i vari articoli selezionati, in modo tale da indicare a quali dei due quesiti di ricerca rispondono. È importante notare che non tutti gli articoli trattano tutti i quesiti; pertanto, la tabella schematizza questa corrispondenza in maniera chiara e precisa.
Quesito n°1: La cura del corpo può aiutare il paziente oncologico terminale nel raggiungimento di una buona morte?
Quesito n°2: La cura del corpo può aiutare i famigliari nel processo di elaborazione del lutto?

Tabella II: risposta ai quesiti di ricerca

Art. n.	Studio selezionato	Quesito n.1	Quesito n.2
1	***Effetti del bagno in vasca sui sintomi fisici e psicologici dei pazienti oncologici in fase terminale*** Hayashi E., Aoyama M., Fukano F., Takano J., Shimizu Y, Miyashita M.	SI	NO
2	***Terapie idroterapiche (idroterapia, balneoterapia o acquaterapia) per pazienti oncologici*** Reger M., Kutschamn S., Freuding M., Schimdt T., Josfeld L., Huebner J	SI	NO
3	***Effetto di un bagno termale sui sintomi del paziente in un contesto di cure palliative acute: uno studio pilota*** Skaczkowski G. ,Moran J., Langridge J., Oataway K., Wilson C.	SI	NO
4	***Il bagno nelle cure terminali dei pazienti oncologici e la sua relazione con la percezione di una "buona morte"*** Hayashi E., Aoyama M., Masukawa K., Morita T.,Kizawa Y., Miyashita M. , Tsuneto S., Shima Y.	SI	SI
5	***Effetti e sicurezza del bagno meccanico come terapia complementare per i pazienti oncologici in fase terminale dal punto di vista fisiologico e psicologico*** Fujimoto S., Iwawaki Y., Takishita Y., Yamamoto Y., Murota M., Yoshioka S., Hayano A., Hosokawa T., Yamanaka R.	SI	NO
6	***Associazione tra il bagno e la sopravvivenza nei pazienti con cancro avanzato nei loro ultimi giorni di vita*** Oya K., Morita T., Koga H., Mori M., Kashiwagi H., Ohmori T., Matsumoto Y., Matsumoto E., Kosugi S., Sasaki S.	SI	NO

CAPITOLO V – *DISCUSSIONE*

5.1 Risposte ai quesiti di ricerca

Quesito 1 – La cura del corpo può aiutare il paziente oncologico terminale nel raggiungimento di una buona morte?

I pazienti oncologici in fase terminale sperimentano una riduzione delle attività quotidiane (ADL) e delle funzioni cognitive a partire da due settimane prima del decesso, a cui si associa la comparsa di molteplici sintomi come malessere e dolore. Pertanto, si teme che il bagno possa rappresentare una forma di cura invasiva per loro (Hayash et al,2022). Al contrario, tutti gli studi analizzati, mettono in evidenza l'efficacia della cura del corpo come strategia di accompagnamento del paziente oncologico terminale ad una buona morte, in particolare mediante la presa in carico e la gestione dei principali segni e sintomi fisici e psicologici riportati dagli assistiti nell'ultimo periodo della loro vita. Lo studio Hayashi et al.(2022) si è proposto di analizzare la differenza d'intensità dei principali segni e sintomi associati alla patologia oncologica nelle giornate di esecuzione delle cure igieniche e nelle giornate di non esecuzione, utilizzando lo strumento ESAS-rj per la valutazione di 9 sintomi comuni ai pazienti oncologici (dolore, stanchezza, nausea, depressione, ansia, sonnolenza, mancanza di appetito, calo del benessere e mancanza di respiro) in associazione alla scala di affaticamento da cancro. Agli assistiti ricoverati presso l'unità di cure palliative oggetto di studio, è stato offerto un bagno in vasca strutturata in posizione reclinata o sdraiata, per una durata di 10 minuti e alla temperatura d'acqua di 41°C, accogliendo i desideri espressi dai pazienti stessi. Nel confronto tra prima e dopo il bagno in vasca, è stato osservato un miglioramento nel punteggio complessivo di tutti i 9 item dell'ESAS-rJ, e dei 6 sintomi migliorati (dolore, stanchezza, mancanza di appetito, depressione, ansia e diminuzione del benessere), la stanchezza è risultata quella con maggior beneficio. Tenendo conto che lo studio è stato condotto in Giappone, per la cultura orientale il rilassamento è considerato un obiettivo primario del bagno in vasca, oltre alla pulizia. Il termine "rilassamento" si riferisce all'attività predominante del sistema nervoso parasimpatico, in contrapposizione all' eccitazione del sistema nervoso simpatico sotto forma di risposta allo stress. Studi precedenti hanno segnalato miglioramenti nelle onde cerebrali, nell'insonnia e

nell'esaurimento negli anziani dopo il bagno in vasca; pertanto, si potrebbe ritenere che il bagno, in termini di rilassamento, sia efficace nel migliorare la stanchezza. Studi affini (Yamamoto e Nagata,2011) hanno dimostrato come il semplice pediluvio con acqua calda potesse promuovere rilassamento, emozioni positive, comfort, piacere e godimento, e che l'attività del sistema nervoso simpatico dei pazienti ricoverati in ospedale in fase terminale con tumore allo stomaco diminuiva. Inoltre, i dati narrativi raccolti dai partecipanti includevano frasi come "piacevole" e "rilassante". Pertanto, i ricercatori hanno concluso che il bagno in vasca ha un effetto rilassante nei pazienti terminali. La stessa affermazione è stata confermata dallo studio Skaczkowski et al. (2018), secondo cui è possibile indurre uno stato di rilassamento del paziente mediante l'utilizzo di vasche idromassaggio, con temperatura dell'acqua riscaldata tra 10 e 70°C, che viene regolata in base alle preferenze espresse dall'assistito, per una durata di 20-30 minuti. Oltre alla valutazione del benessere, sono stati utilizzati gli item della scala ESAS per determinare l'impatto del bagno su due aspetti della qualità di vita fisica ed emotiva dei pazienti: dolore e ansia. Questi tre risultati sono stati scelti sulla base di una valutazione della letteratura e dell'esperienza clinica degli autori. La variazione di dolore, ansia e benessere in relazione all'esecuzione del bagno è risultata significativa, suggerendo che queste tre misure sono adatte a indicare cambiamenti concomitanti negli esiti psicosociali. Questo studio pilota supporta la fattibilità e l'efficacia del bagno come intervento non farmacologico in grado di produrre effetti positivi. Inoltre, l'utilizzo di vasche offre al personale infermieristico un modo semplice per migliorare il comfort dei propri pazienti nell'ambito del normale svolgimento delle proprie mansioni e senza la necessità di ulteriore formazione. Aneddoticamente, i pazienti hanno indicato che uno dei motivi del miglioramento del benessere era la possibilità di muovere arti normalmente troppo pesanti da sollevare fuori dall'acqua. La disponibilità di una vasca idromassaggio offre l'opportunità di alleviare i sintomi e di creare un ambiente rilassante che può migliorare la qualità della vita dei pazienti, anche se solo temporaneamente. L'importanza della balneoterapia, secondo lo studio Regers et al. (2022), è nota come forma di trattamento fisico per alleviare il dolore cronico correlato a patologie quali l'artrite reumatoide e la fibromialgia. In questi casi, l'acqua con la sua pressione idrostatica e la spinta di galleggiamento, offrono sollievo a problematiche di tipo muscoloscheletriche. Considerato che la maggior parte dei pazienti oncologici nella fase terminale soffre a

causa del dolore cronico, lo studio si è proposto di valutare se l'esecuzione del bagno in vasca possa rappresentare una strategia efficace per supportare il trattamento sintomatico, oppure se al contrario possa esporre la persona a rischi quali infezioni o peggioramento del linfedema se presente. Attraverso la raccolta e l'esamina del dolore, effettuata mediante lo strumento MPQ-McGill Pain, l'intensità del dolore ha mostrato una diminuzione significativa. Un importante approfondimento è stato condotto anche relativamente alla stanchezza, dove la fatica associata al cancro è stata misurata con la scala di fatica di Piper, uno strumento numerico convalidato che valuta la fatica soggettiva in quattro dimensioni: comportamentale/gravità, significato affettivo, sensoriale e cognitivo/umore. Seppur in nessuna di queste dimensioni sia stata osservata una differenza significativa, al contrario la Brief Fatigue Inventory-Taiwan Form ha evidenziato un miglioramento significativo della fatica nei pazienti sottoposti a idroterapia (bagno in vasca) per almeno 20 minuti al giorno. È possibile affermare pertanto che il bagno in vasca rappresenta non soltanto un approccio terapeutico ai principali sintomi, quali stanchezza e dolore, ma anche una strategia sicura, che non si correla ad un peggioramento del quadro clinico del paziente. A tal proposito, lo studio di Oya et al. (2021), ha voluto indagare l'influenza del bagno sulla sicurezza dei pazienti affetti da cancro in fase avanzata con prognosi di pochi giorni, considerando in particolar modo il tasso di sopravvivenza a 24 ore. Gli autori si sono proposti di analizzare la presenza di segnali di morte quali ridotta risposta agli stimoli verbali, ridotta risposta agli stimoli visivi, abbassamento della piega naso-labiale, iperestensione del collo, respirazione grugnita, disfagia per i liquidi, apnea, respiro di Cheyne-Stokes, respirazione mandibolare, cianosi periferica, assenza di polso dell'arteria radiale, incapacità di chiudere gli occhi e diminuzione della produzione di urina prima e dopo l'esecuzione del bagno. I risultati hanno dimostrato una inferiorità nella presenza dei segnali di morte imminente negli assistiti che avevano ricevuto un bagno completo in vasca e un tasso di sopravvivenza a 24 ore pari a chi non aveva ricevuto le cure igieniche. Dal punto di vista delle famiglie e degli operatori sanitari, questo può essere un aspetto di grande importanza, poiché qualsiasi trattamento o attività infermieristica che potenzialmente influisca sulla sopravvivenza del paziente può causare un'attenzione negativa su questioni emotive o etiche. Se un paziente muore subito dopo il bagno, chi si prende cura di lui potrebbe associare l'uno all'altro e provare sensi di colpa, il che potrebbe portare a un lutto

complicato o al burnout. I risultati di questo studio suggeriscono che i bagni in vasca non sono associati a una riduzione della sopravvivenza, potrebbero rassicurare le famiglie e gli operatori sanitari. Queste considerazioni sono state avanzate anche dallo studio Fujimoto et al. (2017), il quale ha evidenziato come il bagno in vasca si possa considerare una pratica sicura per i pazienti con patologia oncologica terminale, negando la presenza di fattori in grado di peggiorare la stabilità clinica dell'assistito. Inoltre, lo studio si è proposto di effettuare una accurata valutazione fisiologica e psicologica dell'assistito sottoposta alle cure igieniche mediante bagno in vasca; dal punto di vista fisiologico, la frequenza cardiaca tendeva a diminuire dopo il bagno, mentre gli altri parametri misurati quali temperatura corporea ascellare, pressione sanguigna sistolica, pressione sanguigna diastolica non presentavano variazioni significative. Mentre, per quanto riguarda la valutazione psicologica secondo l'indice STAI, l'ansia di tratto presentava una notevole diminuzione dopo l'esecuzione del bagno meccanico. Le risposte dei pazienti o le osservazioni riportate dagli infermieri indicavano informazioni soggettive quali "mi sento bene", "mi sono sentito rinfrescato", "è stata una cura piacevole", riflettendo quindi un importante rilassamento psicologico. Inoltre, i pazienti mediante affermazioni raccolte hanno riportato una diminuzione del dolore e una attenuazione della fatica. Inoltre, è interessante notare che tra tutti i pazienti oggetto di studio nessuno ha avvertito deterioramento delle condizioni generali o sensazione di disagio. Dall'analisi delle risposte, emerge anche un'importanza attribuita alla temperatura dell'acqua, che viene ritenuta adeguata soprattutto dalla popolazione anziana se riscaldata a 41°C, e il riscaldamento della scala di esecuzione delle cure, che si attesta attorno ai 26°C. Considerando che l'età media degli utenti di un reparto di cure palliative è in notevole aumento a causa del generale invecchiamento della popolazione, è importante fornire la giusta attenzione anche ai dettagli, come la temperatura dell'acqua, che nel paziente anziano, proprio per la sua estrema delicatezza, può indurre variazioni emodinamiche e nella termoregolazione repentine tali da portare ad un peggioramento delle condizioni cliniche o alla morte.

Tabella III: esiti di ricerca in relazione al quesito 1

Elementi che favoriscono la percezione e il raggiungimento di una "buona morte" mediante la cura del corpo	**Art.1 Hayashi et al.**	**Art.2 Reger et al.**	**Art.3 Slaczkowski et al.**	**Art.4 Hayashi et al.**	**Art.5 Fujimoto et al.**	**Art.6 Oya et al.**
Diminuzione del dolore	P	P	P	P	P	A
Diminuzione dello stato d'ansia	P	P	P	A	P	A
Aumento del benessere generale	P	A	P	P	P	A
Aumento dell'appetito	P	A	A	A	A	A
Diminuzione della stanchezza	P	A	A	A	P	A
Miglioramento del tono dell'umore	P	A	A	A	P	A
Miglioramento dell'attenzione e della capacità di memorizzazione	P	A	A	A	A	A
Diminuzione della FC	A	A	A	A	P	A
Sicurezza della procedura di esecuzione del bagno	A	A	A	A	P	P

Quesito 2 – La cura del corpo può aiutare i famigliari nel processo di elaborazione del lutto?

La morte di un familiare a causa della patologia oncologica è uno degli eventi più stressanti sperimentabili da un individuo e viene pertanto identificata come una crisi emotiva nell'andamento della vita (Ghaljeh et al.,2022). Molti famigliari spesso sperimentano un grave squilibrio dopo la perdita di una persona cara, poiché spesso nei periodi precedenti la morte avevano messo la propria vita in pausa per fornire cure complete. Per questo motivo, i familiari in lutto dei pazienti oncologici hanno una qualità

della vita correlata alla salute inferiore rispetto alle altre persone, dal momento che il concetto di lutto è influenzato da un gruppo di elementi, tra cui preoccupazioni per la salute, considerazioni sociali e interazioni familiari (Ghaljeh et al.,2022). In tal senso, si può ricondurre la motivazione che ha condotto al quesito di ricerca oggetto di risposta, poiché tra le considerazioni che i famigliari mettono in atto durante il processo di lutto vi è la valutazione della qualità della morte del proprio caro. Sembra che alcuni fattori, come il supporto continuo alle famiglie in lutto e la somministrazione di narcotici al paziente, abbiano fatto sì che la morte venisse valutata come un facile abbandono del mondo da parte del paziente. In particolare, sono state osservate affermazioni come "Mia sorella ha avuto una buona morte. Tutti i membri della famiglia si sono presi cura di lei e hanno soddisfatto i suoi bisogni. Volevamo aiutarla a godersi gli ultimi giorni di vita", piuttosto che "Mio padre soffriva di forti dolori. La somministrazione di narcotici è stata efficace nel garantirgli una buona morte"(Ghaljeh et al.,2022). Oltre agli interventi sopra citati, è necessario citare la vasta gamma di approcci non farmacologici che vengono utilizzati nei contesti di cure palliative per indurre la sensazione di una buona morte sia nel paziente che nei famigliari; tra questi, vi è senz'altro il contributo dell'igiene eseguita al paziente quale strumento di benessere e soddisfacimento dei bisogni di base. Lo studio Hayashi et al (2022) si è proposto di valutare le impressioni dei famigliari in lutto rispetto l'esecuzione del bagno al proprio caro prima di morire, analizzando come questo potesse poi incidere nel processo di elaborazione del lutto. Dall'analisi dei risultati, è emerso che molti famigliari si definivano soddisfatti nell'aver visto che il paziente veniva curato bene facendo il bagno, giudicando perciò l'esperienza come positiva. Dalle osservazioni raccolte, emerge che i famigliari percepivano uno stato di benessere raggiunto da parte del proprio caro, poiché notavano che il viso del paziente sembrava esserci calmato, il dolore fisico attenuato e la mente sembrava essersi calmata. A sostegno di ciò, sono molti i parenti il cui caro non ha ricevuto il bagno prima di morire che hanno riferito un sentimento di rammarico per le cure igieniche non prestate. Inoltre, è stata posta dai famigliari anche una questione etica, dal momento che il bagno portava ad una valorizzazione della persona in quanto essere umano, mantenendone la dignità e l'unicità fino agli ultimi istanti di vita. Pertanto, i risultati concordano nello stabilire che una valutazione qualitativamente positiva dell'assistenza ricevuta favorisce nei famigliari la

percezione del raggiungimento di una buona morte, e quindi, contribuisce ad un processo di elaborazione del lutto meno doloroso e traumatico.

Tabella IV: esiti di ricerca in relazione al quesito 2

Elementi in relazione alla cura del corpo che favoriscono l'elaborazione del lutto nei famigliari	**Art.1** **Hayashi et al.**	**Art.2** **Reger et al.**	**Art.3** **Slaczkowski et al.**	**Art.4** **Hayashi et al.**	**Art.5** **Fujimoto et al.**	**Art.6** **Oya et al.**
Felicità da parte dei famigliari nel vedere il proprio caro sollevato dopo il bagno	A	A	A	P	A	A
Valorizzazione della persona come essere umano	A	A	A	P	A	A
Giudizio positivo dell'esperienza e soddisfazione per l'avvenuto bagno prima della morte del proprio caro	A	A	A	P	A	A

5.2 Limiti dello studio

La revisione presenta alcuni limiti legati principalmente al contesto geografico e culturale di provenienza degli studi selezionati, poiché la maggior parte sono stati condotti in strutture ospedaliere del Giappone. Questo dato induce ad una omogeneità nei risultati e nelle conclusioni, rendendo difficile la generalizzazione a contesti come quello occidentale, dove il background culturale potrebbe determinare risultati ben differenti. Nonostante sia stato incluso anche uno studio tedesco, è risultato difficile poter comparare in maniera diretta i risultati, poiché le strutture ospedaliere in cui venivano erogate le cure igieniche e il personale coinvolto differiva per formazione e organizzazione strutturale. Pertanto, le conclusioni sono state tratte effettuando quanto più possibile una

generalizzazione dei risultati. Tuttavia, è possibile quindi che si verifichino dei limiti nell'applicabilità delle conclusioni dovute alla specificità dei contesti di studio.
Infine, gli studi selezionati differivano per le modalità di esecuzione delle cure igieniche ed è opportuno tener conto del fatto che le differenti tipologie di bagno possono aver influenzato in maniera differente l'esperienza provata dai pazienti.

CAPITOLO VI – *CONCLUSIONI*

6.1 Implicazioni per la pratica

La presente revisione di letteratura, analizzando l'importanza della cura del corpo per il paziente oncologico terminale nel percorso di accompagnamento alla morte, vuole mettere in luce alcuni aspetti ritenuti fondamentali al giorno d'oggi nella risposta ai bisogni di salute degli individui.

Come evidenziato dallo sviluppo della ricerca infermieristica, sempre più al giorno d'oggi si parla di umanizzazione delle cure, inteso come mantenere vivo, nelle persone che abbiamo in cura, l'amore per la propria vita, oltre che per la propria salute, anche in punto di morte. Questa è una responsabilità degli operatori sanitari, che hanno il compito di stabilire in ciascun assistito la convinzione che ogni individuo rimane un bene insostituibile e unico per la comunità umana. Per fare ciò ogni aspetto della relazione con la persona malata diviene fondamentale, poiché non si devono instaurare dinamiche che portino il paziente a vedere diminuita la sua dignità. Harvey Max Chochinov afferma che "la dignità è nello sguardo di colui che cura", per cui un gesto, una carezza, una parola, assumono la dimensione dell'essenzialità della cura. Per garantire la dignità, bisogna recuperare il senso del termine cura, ovvero "premura", che si traduce nel farsi carico della dimensione psicologica, relazionale e valoriale della persona, evitando di limitarsi nel trattare esclusivamente la malattia. L'operatore sanitario deve pertanto prendersi tempo, accogliere la storia e la narrazione del paziente, riconoscere l'unicità e il valore dei suoi racconti, comprendere le sue paure, le sue emozioni e le aspettative, creando così un ambiente di cura empatico, in cui l'aspetto umano è centrale e ogni intervento sanitario è adattato alla specificità dell'individuo. La cura del corpo assume in quest'ottica un altissimo valore, poiché permette di entrare in relazione con l'individuo, di toccarlo, di ascoltare i suoi racconti durante l'esecuzione delle manovre di igiene, di raccogliere le sue paure, le sue aspettative: diviene un momento dell'assistenza fondamentale per garantire l'umanizzazione delle cure, cioè l'essere premurosi nei confronti dell'individuo e mantenere viva la sua dignità. In quest'ottica ogni elemento risulta fondamentale, dalla delicatezza con cui si strofina la manopola saponata sul corpo, allo sguardo nei confronti dell'assistito, dal rispetto per l'intimità del corpo, alla temperatura dell'acqua: tutto rende

più “umane” le cure che l’assistito riceve e contribuisce a farlo sentire il centro del processo di assistenza, nonché a farlo sentire ancora vivo seppur in avvicinamento alla morte. L’infermiere in quest’ottica è il maggior responsabile del processo di umanizzazione delle cure, poiché si tratta della figura professionale maggiormente coinvolta nell’erogazione dell’assistenza.

Tuttavia, l’esercizio della professione sempre più orientato alle abilità tecnico-pratiche e alla rapidità di esecuzione, ha portato l’infermiere ad allontanarsi da alcuni gesti di cura che un tempo gli appartenevano e che diventano fondamentali per entrare in relazione con il paziente. Tra questi vi è l’igiene del corpo, che in generale nelle unità operative viene affidata agli OSS, così come previsto dall’accordo stato-regioni 2001 che attribuisce al personale di supporto le mansioni domestico-alberghiere. L’infermiere, secondo il profilo professionale, è responsabile dell’assistenza generale infermieristica e degli interventi di natura tecnica, relazionale, educativa. Il professionista deve pertanto riappropriarsi di quelle attività che gli consentono di premurarsi della cura della persona nella sua interezza e che gli permettono di entrare in relazione con essa. A tal proposito, si sente spesso parlare di demansionamento rispetto gli infermieri che effettuano l’igiene, ma come dice la parola stessa, si parla di demansionamento quando un’attività distoglie il professionista da quello che è il suo obiettivo principale, ossia erogare cure direttamente al letto del malato: esempi pratici possono essere il trasporto di campioni biologici piuttosto che il rifacimento di un letto non occupato. L’igiene però rappresenta un atto di attenzione al malato, un’azione attraverso cui stabilire un contatto diretto con il nostro assistito; è possibile nell’esecuzione dell’igiene avvalersi del contributo da parte del personale di supporto, definendo magari dei profili paziente da attribuirgli nella sua interezza, però l’infermiere non può dimenticarsi che non effettuando l’igiene rinuncia ad un importante momento di relazione con la persona malata. È necessario, pertanto, che già dalla formazione di base si sottolinei l’importanza dei gesti di cura, affinché i futuri professionisti possano riappropriarsi di alcune pratiche assistenziali, come l’igiene, per cui si tende ad oggi a non dedicarci il giusto tempo.

L’esecuzione del bagno completo non rappresenta solamente un gesto di cura nei confronti del malato, ma anche un importante risorsa per i famigliari in lutto, poiché dall’analisi degli studi selezionati, è emerso come la visione dell’accudimento del proprio caro rassereni l’animo di chi gli è stato vicino durante il lungo e difficile cammino della

malattia, rendendo meno traumatico il processo di elaborazione del lutto. Soprattutto a termine di un percorso complesso come quello determinato dall'evoluzione di una patologia oncologica, la fase di perdita del proprio caro rappresenta per i famigliari un momento straziante, a cui si associano vissuti di angoscia, frustrazione, rimuginii rispetto quanto fatto ed è importante per l'infermiere conoscere quali siano gli elementi per stabilire una relazione di supporto con i famigliari. Sapere che l'esecuzione del bagno può favorire l'accettazione da parte dei parenti, può orientare il professionista nell'esecuzione delle pratiche igieniche secondo il miglior standard possibile.
Dall'analisi degli studi emerge inoltre come la maggior parte di essi siano stati condotti in Giappone, per cui si può evincere l'importanza che viene attribuita alla cura del corpo da parte della cultura orientale, sia in condizione di malattia che non. Questo dato può orientare gli operatori sanitari nell'erogare le cure igieniche con particolare attenzione e cura nel caso in cui nella pratica clinica ci si trovi ad approcciare pazienti provenienti dal contesto culturale d'oriente.

6.2 Implicazioni per la ricerca

Dai risultati dell'analisi dei vari studi emergono alcune direzioni per le future ricerche, riguardo elementi che non sono stati attualmente presi in considerazione, ma che sarebbero interessanti da analizzare per scopi futuri:

- Effettuazione di studi sulla percezione e il vissuto del personale infermieristico rispetto l'efficacia dell'igiene come strategia di accompagnamento del paziente con patologia oncologica alla morte, valutando anche le conoscenze in merito ai risultati ottenibili mediante la cura del corpo;
- Approfondire maggiormente la percezione da parte dei famigliari rispetto l'erogazione delle cure igieniche al proprio caro come strategia di elaborazione del lutto, poiché durante l'analisi degli studi si è evidenziato essere un campo ancora poco esplorato, ma che potrebbe dare all'infermiere strumenti utili nella pratica clinica per fornire sostegno e supporto alle famiglie in lutto.

BIBLIOGRAFIA

- Adamsen, L., Tewes, M. (2000). Discrepanza tra le prospettive dei pazienti, la documentazione del personale e le riflessioni sull'assistenza infermieristica di base. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14 (2), (pag.120–129).
- Arcadi P., Chiarlo M., Bobbio M. (2021). Il tempo di relazione è tempo di cura: lo sguardo di slow medicine. *Rivista l'infermiere n°6.* (pag.1-5).
- Arcadi P., Figura M. (2023). La promozione della salute in un territorio multiculturale. *Rivista Nursing Foresight.* (pag.21-23).
- Carmassi, C., Amatori, G., Cappelli, A., Brosio, E., Chauvel, H., Dell'Osso, L., & Bui, E. (2023). Lutto: dalla relazione fisiologica al disturbo da lutto prolungato. *Rivista di psichiatria,*58(4), (pag. 154-159). https://doi.org/10.1708/4064.40477
- Conroy, T., Pinero de Plaza, M. A., Mudd, A., Mitchell, M., & Kitson, A. (2021). Misurare l'assistenza fondamentale utilizzando la scienza della complessità: uno studio di caso descrittivo di un'innovazione metodologica. *Journal of Clinical Nursing*, (pag. 1–10). https://doi.org/10.1111/jocn.15905
- Feo, R., & Kitson, A. (2016). Promuovere l'assistenza fondamentale incentrata sul paziente nei sistemi sanitari per acuti. *International Journal of Nursing Studies*, 57, (pag.1–11). https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006
- Feo R, Conroy T, Jangland E, Muntlin Athlin Å, Brovall M, Parr J, Blomberg K, Kitson AL (2018). Verso una definizione standardizzata per l'assistenza fondamentale: uno studio Delphi modificato. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), (pag.2285-2299). **https://doi.org/10.1111/jocn.14247**
- Feo R, Kitson AL, Conroy T (2018). Come vengono definiti gli aspetti fondamentali dell'assistenza infermieristica nella letteratura: una revisione di scoping. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), (pag. 2189–2229). https://doi.org/10.1111/jocn.14313
- Ghaljeh M., Mardani-Hamooleh M., Rezaee N. (2022). Reazioni al dolore dei familiari dopo la morte di pazienti oncologici: uno studio fenomenologico**.** *Oncologia nella pratica clinica,* 18(2), (pag.98-103). https://doi.org/10.5603/OCP.2022.0014
- Giuliani, L., Piredda, M., Ghilardi, G., & De Marinis, M. G. (2015). La percezione del tempo da parte del paziente in cure palliative: una metasintesi di studi qualitativi.. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 17, (pag 413–426). https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000179

- Griffiths, J., Speed, S., Horne, M., & Keeley, P. (2012). Un atteggiamento professionale attento: cosa cercano gli utenti dei servizi e chi si prende cura degli infermieri laureati e la sfida per gli educatori. *Nurse Education Today*, 32 (2), (pag.121–127). http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2011.06.005
- Mahnaz Ghaljeh, Mardani-Hamooleh, M., & Rezaee, N. (2022). Reazioni al dolore dei familiari dopo la morte di pazienti oncologici: uno studio fenomenologico. *Oncologia nella pratica clinica,* 18(2), (pag.98-103). https://doi.org/10.5603/OCP.2022.0014
- Kitson AL, Conroy T, Kuluski K, Locock L, Lyons R (2013). Rivendicare e ridefinire i fondamenti dell'assistenza: la risposta dell'assistenza infermieristica alla soddisfazione dei bisogni umani fondamentali dei pazienti. School of Nursing, the University of Adelaide. (Pag.8)
- Manara, D. (2012). Personalizzazione e standardizzazione delle cure infermieristiche. *Atti XIV Congresso Nazionale AIOM*.
- Meehan T. C, Timmins F, Burke J (2018). Assistenza fondamentale guidata dalla filosofia Careful Nursing e dal modello di pratica professionale. *Journal of Clinical Nursing,* 27(11-12), (pag.2260–2273). https://doi.org/10.1111/jocn.14303
- Montaguti E. (2020). *La buona morte.* Analisi del profilo storico e ruolo delle cure palliative nell'accompagnamento di fine vita. Intervista a Elena Montaguti. https://www.letture.org/la-buona-morte-analisi-del-profilo-storico-e-ruolo-delle-cure-palliative-nell-accompagnamento-di-fine-vita-elena-montaguti
- Ross Elisabeth Kübler (1969). *La morte e il morire.* Cittadella editrice. (pag.43-155)
- Wiedenbach E. (1964). *Infermieristica clinica: un'arte di aiuto.* Springer. (Pag. 50-80)
- Yamamoto, K., & Nagata, S. (2011). Valutazione fisiologica e psicologica del pediluvio caldo avvolto come terapia infermieristica complementare per indurre il rilassamento nei pazienti ospedalizzati con cancro incurabile: uno studio pilota. *Cancer Nursing*, 34(3), (pag.185-192). https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181fe4d2d
- Zuffetti D., Mencacci E. (2024). L'accompagnamento al fine vita della persona fragile e vulnerabile. *Rivista online Cura, nel cuore delle rsa.* https://www.rivistacura.it/accompagnamento-al-fine-vita-persona-fragile/

SITOGRAFIA

- ASUFC (2025). Stati Generali itineranti per l'umanizzazione delle cure e il benessere organizzativo - La Carta di Udine. Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale.
  LINK: https://asfo.sanita.fvg.it/it/news/2025_10_06-01.html
  Ultima consultazione: 15 ottobre 2025
- AULSS 6 Euganea. Cure palliative
  LINK: www.aulss6.veneto.it/Cure-palliative
  Ultima consultazione: 15 ottobre 2025
- AIOM (2024). I numeri del cancro in Italia
  LINK: https://www.aiom.it/i-numeri-del-cancro-in-italia/
  Ultima consultazione: 15 ottobre 2025
- AIMAC (2022). Come affrontare il percorso della malattia
  LINK: https://www.aimac.it/percorso-malattia
  Ultima consultazione: 15 ottobre 2025
- Carta dei diritti sul dolore inutile (2005). Cittadinanzattiva.
  LINK: https://www.activecitizenship.net/multimedia/import/files/patients_rights/charter-of-rights/from-the-charter-to-the-charters/Charter_of_Rights_against_Unnecessary_Pain.pdf
  Ultima consultazione: 15 ottobre 2025
- Codice civile, articolo 2049. Responsabilità dei padroni e dei committenti.
  LINK: https://ius.lefebvregiuffre.it/dettaglio/6999480/art-2049-responsabilita-dei-padroni-e-dei-committenti
  Ultima consultazione: 15 ottobre 2025
- Decreto 14 settembre 1994, n°739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Gazzetta ufficiale.
  LINK: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0001/sg
  Ultima consultazione: 15 ottobre 2025
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 28 febbraio 2025. Recepimento dell'Accordo stipulato il 3 ottobre 2024 tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. atti n. 176/CSR), concernente l'istituzione del profilo professionale di assistente infermiere. Gazzetta ufficiale (2025).
  LINK:https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=20250621&atto.codiceRedazionale=25A03430
  Ultima consultazione: 15 ottobre 2025

- FNOPI. Accordo tra il ministro della sanità, il ministro per la solidarietà sociale e le Regioni e Provincie autonome di Trento e Bolzano, per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico e dei corsi di formazione.
  LINK: https://www.fnopi.it/archivio_news/leggi/175/ACC220201.pdf
  Ultima consultazione: 15 ottobre 2025
- FNOPI (2025). Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche (2025).
  LINK:https://opifipt.com/wpcontent/uploads/2025/03/FNOPI_CodiceDeontol2025_articolato.pdf
  Ultima consultazione: 15 ottobre 2025
- Legge 1 febbraio 2006, n°43. Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali. Gazzetta ufficiale.
  LINK: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2006/02/17/006G0050/sg
  Ultima consultazione: 15 ottobre 2025
- Legge 15 marzo 2010, n°38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Gazzetta ufficiale (2010).
  LINK:https://www.gazzettaufficiale.it/atto/vediMenuHTML?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2010-03
  Ultima consultazione: 15 ottobre 2025
- Legge 22 dicembre 2017, n°219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. Gazzetta ufficiale (2017).
  LINK: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg
  Ultima consultazione: 15 ottobre 2025