

## COVID-19 e *caring*: il valore dello sguardo

### *COVID-19 and caring: the value of a caring gaze*

ELISA FENZIA

A.R.N.A.S Garibaldi, Catania

L'articolo prende le mosse dallo sviluppo della pandemia causata dal coronavirus identificato nel 2019 e denominato SARS-CoV-2, essendo della stessa famiglia del virus che provoca la Sindrome Respiratoria Acuta Grave (SARS). La rapidità del contagio ha obbligato molti a restare a casa e ha aumentato l'isolamento dei malati, accentuando la paura e la sensazione di solitudine. Alla luce delle teorie infermieristiche dello *human caring*, di una revisione narrativa sulla fenomenologia dello sguardo e dell'esperienza infermieristica, si propone una riflessione sul valore dello sguardo come elemento di qualità assistenziale. Per garantire tale qualità, nelle nuove circostanze, è opportuno individuarne gli elementi essenziali: uno di essi è la buona relazione di cura – anche detta *caring*.

L'essere infermiere richiede una competenza tecnica che manifesti, parallelamente, un'attenzione personalizzata per il paziente. Lo sguardo è frutto di tale attenzione e veicola un rapporto empatico. Il *caring* è tale se si manifesta attraverso congruenti comportamenti. L'esperienza professionale insegna che il volto sorridente, seppur coperto in parte da una mascherina, viene percepito dal paziente: il volto si manifesta in uno sguardo sorridente, uno sguardo che rassicura e diminuisce lo stress.

È auspicabile un'adeguata valorizzazione di tale sguardo in ambito personale e professionale e che le autorità politiche e accademiche abbiano come obiettivo prioritario il bene della persona inteso come rispetto e garanzia della sua dignità, che è fondamento del bene comune. Nelle professioni basate sulle evidenze scientifiche un approccio umanistico, fondato su una sana antropologia, agevola il servizio alla persona e ne previene il rischio di strumentalizzazione in funzione di interessi politici ed economici.

**Parole chiave:** COVID-19, Sguardo, Comportamento, *Human caring*, Pandemia

*This article takes inspiration from the pandemic caused by the coronavirus identified in 2019 and denominated SARS-CoV-2, because it belongs to the same virus family which causes Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), thus SARS-CoV. The very high transmission rates of COVID-19 has forced many to remain at home and has increased the feelings of isolation and fear among patients. Considering nursing theories on human caring, a narrative review of the phenomenology of gaze and the nursing experience, this paper suggests a reflection on the value of the gaze as a key element of healthcare quality. Some key elements must be identified in order to guarantee this quality in such a crisis: one of them is a good care relationship or “caring”.*

*Being a nurse means technical skills and personalized care for the patient. Eye contact is a fundamental caring feature, which reveals itself critical for conveying empathic feelings. Caring is expressed through congruent behaviors. Professional experience confirms that a smiling face, though partially masked, is usually perceived by patients and this gaze reassures them and decreases their stress.*

*Given the right value and raising awareness on the importance of the role played by reassuring gaze, the healthcare context should prioritize it, as it represents a way to guarantee human respect and dignity. In scientific-based professions, applying the principles of humanism along with this approach for the recipient's well-being, especially after the COVID-19 crisis, should be the starting point for a new vision of the healthcare system free from deleterious economic and political interests.*

Indirizzo per la corrispondenza  
 Address for correspondence

**Elisa Fenizia**

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di  
 Alta Specializzazione (A.R.N.A.S) Garibaldi  
 Piazza Santa Maria di Gesù, 95123 Catania  
 e-mail: elisa.fenizia@outlook.it

**Key words:** COVID-19, Gaze, Behaviour, Human caring, Pandemic



## Premessa

La crisi sanitaria odierna è di tale entità che ha sconvolto il mondo intero. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato lo stato di pandemia a causa del Coronavirus identificato nel 2019, infatti, l'epidemia sviluppata in Cina è divenuta un'emergenza internazionale di salute pubblica (Ministero della Salute). In Italia l'impatto di tale pandemia si è manifestato soprattutto in alcune regioni del Nord. L'elevato numero di persone contagiate dal virus e l'assistenza sanitaria richiesta da quanti di loro hanno presentato gravi sintomi ha portato il sistema sanitario di diversi paesi al collasso (cfr. OMS); nelle prime regioni italiane in cui si è diffusa massivamente l'epidemia, non è stato possibile prendersi cura adeguatamente dei pazienti. Si è tentato di provvedere rapidamente al potenziamento del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) (GU)<sup>1</sup> per integrare il personale sanitario mancante (Ministero della Salute) e ridurre la pressione sul SSN, è stato limitato il numero di accessi presso le strutture ospedaliere e sono state isolate le persone con diagnosi accertata di contagio; tutto ciò non è stato sufficiente a contenere il numero di decessi, reso noto quotidianamente (Protezione Civile).

Non abbiamo ora la giusta distanza temporale per descrivere correttamente quanto illustrato, in modo più o meno veritiero e completo, dalla stampa nazionale e internazionale. Infatti, la veridicità dei dati è viziata dalle cangianti condizioni in cui essi vengono raccolti: i tamponi diagnostici sono stati eseguiti, in alcuni casi, solo su pazienti sintomatici, in altri, sulla maggior parte della popolazione considerata a rischio. Tali differenze sono dovute tanto alla diversa disponibilità di risorse quanto alle decisioni politiche nei confronti della trasparenza rispetto al problema. Il panorama varia da paese a paese, da regione a regione.

Senza dubbio in Italia, dopo il decreto dell'8 marzo 2020<sup>2</sup>, si è raggiunta una certa uniformità nelle misure di prevenzione del contagio, misure che hanno modificato notevolmente le abitudini sociali. È iniziato il cosiddetto *lockdown* e lo slogan 'Restiamo a casa' è stato preso alla lettera da chi ha potuto, non essendo impegnato in attività ritenute di necessaria utilità in questo periodo critico. A oggi, terminata la fase due, per quanto le limitazioni dei rapporti sociali siano diminuite non sono state del tutto annullate.

Il nuovo virus 2019-nCoV è stato denominato SARS-CoV-2 in quanto è della stessa famiglia del virus SARS-CoV che provoca la Sindrome Respiratoria Acuta Grave (SARS); il SARS-CoV-2 si contagia molto più facilmente dei virus finora conosciuti (OMS) e provoca la patologia denominata COVID-19 (*CO*rona *V*irus *D*isease); i risultati delle autopsie e i tanti casi trattati hanno permesso una certa conoscenza della fisiopatologia, il che sta migliorando la prognosi.

La rapidità della diffusione del COVID-19 ha provocato un aumento del lavoro sanitario, sproporzionato rispetto alle risorse disponibili. Il numero di morti probabilmente correlati alla patologia ha intensificato la percezione del rischio sia per i pazienti che per gli operatori; di conseguenza la paura, emozione già frequente per una persona malata, risulta accentuata e più difficilmente mitigata dagli operatori che, essendo anch'essi a rischio di contagio, la provano in prima persona.

Si comprende come i medici, gli infermieri e tutto il personale sanitario si sia trovato obbligato a modificare il proprio modo di lavorare; basti pensare alla necessità di lavorare abitualmente usando i dispositivi di protezione individuali (DPI) (DL 81/2008, art. 76) previsti dal biocontenimento<sup>3</sup> quali il camice coprente tutto il corpo, la visiera e la mascherina specifica. Il paziente raramente poteva distinguere il volto delle persone che si prendevano cura di lui. L'assistenza alle persone ricoverate con gravi sintomi veniva realizzata limitando al minimo gli accessi nella stanza e comunque cercando di mantenere la maggior distanza possibile a seconda dei protocolli per il biocontenimento. Gli occhi erano il principale elemento identificativo, la gestualità era goffa a causa dei DPI, la presenza al letto del malato ridotta. Tutto ciò aumentava la sensazione di solitudine che i malati già percepiscono abitualmente a causa della lontananza dai propri cari. Per i familiari era quasi impossibile visitare il paziente. Il momento del passaggio dalla vita alla morte aveva come unici testimoni gli operatori sanitari. Queste circostanze rendono difficile attualizzare la rivalutazione della comunicazione e della relazione esplicitata dalla recente normativa e dal codice deontologico infermieristico: 'Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura' (art.1 c.8 L 217/2017); 'Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo (...)' (FNOPI 2019, art. 4)<sup>4</sup>. In ultimo anche l'assistenza

<sup>1</sup> DECRETO-LEGGE 9 marzo 2020, n. 14 Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19. (20G00030) (GU Serie Generale n.62 del 09-03-2020).

<sup>2</sup> DPCM del 8 marzo 2020 "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19". (20A01522) GU Serie Generale n.59 del 08-03-2020, seguito dal DPCM del 10 aprile GU Serie Generale n.97 del 11-04-2020.

<sup>3</sup> Il termine biocontenimento riferisce ai metodi, le procedure, le attrezzature e gli equipaggiamenti per la manipolazione in sicurezza di materiali infettivi necessari a limitare il rischio di contagio a causa di agenti patogeni per le persone e l'ambiente (Ministero della Salute).

<sup>4</sup> Codice deontologico delle professioni infermieristiche: 'Art. 4 - RELAZIONE DI CURA Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato,

di base –*fundamental care*– presta particolare attenzione alla relazione infermiere paziente (Feo, Kitson e Conroy, 2018).

### Caratteristiche della buona relazione in ambito infermieristico

Ci si chiede quindi in che modo sia possibile, in tale situazione, mantenere elevato il livello della qualità assistenziale, come si possa sopporre alla riduzione di quella presenza e di quel dialogo che permette di manifestare la buona relazione di cura. Tale buona relazione viene spesso indicata nella letteratura infermieristica con il termine *caring*, termine approfondito concettualmente da diverse teorie infermieristiche raggruppate con il nome di *Human Caring Science* (Smith, Turkel e Wolf, 2013; Duffy, 2018). Una di esse, particolarmente utile nel contesto in studio, è la teoria del *Transpersonal Caring* di Jean Watson (Watson, 1979, 1998, 2008, 2012). Il *caring* esprime un modo di essere professionista (Watson, 2009) basato sull'armonizzazione dell'essere e del fare manifesto in una buona relazione di cura (Swanson, 1991; 1993; Fenizia et al., 2019a).

La Watson ha applicato all'ambito infermieristico alcuni dei concetti della fenomenologia di Edmund G. A. Husserl ed Emmanuel Lévinas. L'essere non può considerarsi qualcosa di astratto, ma si manifesta all'esterno: l'essere infermiere corrisponde a un modo di essere professionista specifico, non è sufficiente saper realizzare delle tecniche, ma bisogna saperle realizzare in un determinato modo, in modo *caring*, ovvero attraverso una buona relazione di cura, una relazione che manifesti attenzione personalizzata per il paziente, attenzione che permette al paziente di percepire il rispetto per la propria persona: egli non è un numero né una patologia (Watson, 2012).

Secondo Lévinas lo sguardo è un modo di conoscere, infatti il volto dell'altro, indipendentemente dalla nostra volontà, ci obbliga a prestare attenzione all'altro, a esserne responsabili: il volto dell'altro ci interpella (Lévinas, 2006)<sup>5</sup>. Sempre in ambito fenomenologico, la Stein, allieva di Husserl, afferma che lo sguardo sembra essere il veicolo che permette di entrare in empatia con l'altro, ovvero di sentire ciò che lui sente: 'Una singola azione e altrettanto una singola espressione uno sguardo o un sorriso – possono perciò offrirmi la possibilità di gettare uno sguardo nel nucleo della per-

sona (...) Vi sono qualità (o 'disposizioni') che per principio possono essere soltanto percepite, non vissute: così la memoria che nei miei ricordi si manifesta attraverso lo sguardo che li afferra' (Stein, 2014, p. 218). Il vissuto in sé non è trasferibile, ma grazie all'empatia si può percepire parte del vissuto dell'altro, l'autenticità agevola questa comunicabilità.

Questa relazione tra lo sguardo e l'interiorità emerge anche dal pensiero di Murdoch (1970) che propone il contrasto tra lo sguardo amorevole – *loving gaze* – e lo sguardo ostile – *hostile gaze* – mettendo in risalto il valore virtuoso del primo e vizioso del secondo; esercitare uno sguardo amorevole infatti dispone il soggetto a cogliere gli aspetti positivi della persona guardata, mentre lo sguardo ostile il contrario. L'autoriflessione sul proprio sguardo permette di orientarsi volontariamente verso l'uno o l'altro nelle successive situazioni vitali.

L'autenticità e la comunicazione tra la propria e l'altrui interiorità sono elementi fondanti del processo di *caring* (Watson, 2008)<sup>6</sup>. Il *caring* inteso come buona relazione di cura è tale se si manifesta attraverso congruenti comportamenti, ciò si comprende facilmente se pensiamo alla pratica infermieristica. È come se fosse possibile materializzare la relazione di cura attraverso specifici comportamenti che accompagnano le procedure, ovvero le procedure sono veicolo di un modo di essere professionisti (Fenizia et al., 2019b; 2020). La relazione di cura è un indicatore di qualità assistenziale e per poterlo valutare sono stati elaborati strumenti di misurazione del *caring* in ambito infermieristico (Sitzman e Watson, 2019; Tomietto et al., 2014; Piredda et al., 2017; Fenizia et al., 2019a). Come indicatori osservabili della variabile più ampia, in sé inafferrabile, che è il *caring*, si usano delle affermazioni alle quali bisogna attribuire un punteggio secondo una scala Likert. Le affermazioni (o item) manifestano comportamenti quali ad esempio 'Ascoltare con attenzione il paziente', 'Essere empatici ovvero identificarsi con il paziente (mettersi nei panni del paziente)', 'Venire incontro ai bisogni espressi e non espressi del paziente', 'Mostrare interesse per il paziente', ecc. (item del questionario *Caring Behavior Inventory*, Tomietto et al., 2014; Fenizia et al., 2019a). Lo studio della relazione di cura è possibile tanto con il metodo quantitativo che qualitativo.

Il testo 'Gesti e pensieri di cura' (Mortari e Saiani, 2013) presenta una riflessione epistemica sul buon *caring* e uno studio fenomenologico basato su 240 interviste di infermieri. Ogni narrazione raccoglie 'due racconti: uno che ha come oggetto un'esperienza positiva di *caring* e l'altro un'esperien-

le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura (FNOPI, 2019).

<sup>5</sup> 'La mia esposizione ad altri, nella mia responsabilità per esso, avviene senza una mia "decisione": la più piccola apparenza di iniziativa e di atto soggettivo significa, da quel momento, un'accusa più profonda della passività di questa esposizione. Esposizione all'apertura del volto, che è il "più lontano ancora" della de-clausura del "se stesso", della de-clausura che non è l'essere-al-mondo. Uno più lontano – una respirazione profonda fino al soffio spezzato dal vento dell'alterità'. (Lévinas, 2006, p. 223)

<sup>6</sup> Il processo *caring* secondo la Watson si basa su 10 *caritas process*; di seguito si riportano i primi quattro. "1. *Cultivating the practice of loving-kindness and equanimity to self and others*. 2. *Being authentically present: enabling, sustaining, and honoring the faith, hope, and deep belief system and the inner-subjective life world of self/other*. 3. *Cultivation of one's own spiritual practices and transpersonal self, going beyond ego-self*. 4. *Developing and sustaining a helping trusting caring relationship*." Watson, 2008, p. 31.

za negativa' (p. 78). La codifica delle azioni emerse dai diversi testi narrativi che raccolgono le testimonianze degli infermieri, ha portato a 'etichettare' le diverse azioni di cura in 'categorie' ed 'etichette descrittive'; la prima etichetta categoriale è denominata 'prestare attenzione'; questa categoria include le due etichette descrittive 'tendere lo sguardo sul paziente' e 'ascoltare' (Mortari e Saiani, 2013 p. 94); altra categoria di nostro interesse può essere 'preoccuparsi della dimensione emozionale', le cui etichette descrittive sono 'tranquillizzare', 'rassicurare', 'incoraggiare' e 'coltivare fiducia' (idem, p. 95). Se entriamo nella genesi dell'etichetta 'rassicurare' vediamo che la parte di testo originaria, ritenuta significativa, era 'sorridevo' (p. 74).

Quindi analizzando le diverse testimonianze si è arrivati ad attribuire un valore rassicurante al sorriso. Potrebbe sembrare scontato ciò che si sta affermando, ma il fatto che tale attribuzione sia frutto di una ricca analisi fenomenologica rafforza il sentire comune e costituisce un motivo in più per adoperarsi affinché tale gesto rientri più frequentemente nella pratica quotidiana. Certo, tale sorriso sarà più efficace nella misura in cui sia rappresentazione di un essere *caring*, ovvero un essere autenticamente attento all'altro, un essere desideroso di instaurare una buona relazione di cura. Sappiamo che il sorriso, per quanto sia un movimento principalmente delle labbra e delle guance, si ripercuote sulla muscolatura di tutto il volto e si nota anche negli occhi.

L'ampia esperienza professionale insegna che un volto sorridente, seppur in parte coperto da una mascherina, in sala operatoria o in un ambiente con pazienti immunodepressi o con un'infezione da COVID-19, trasmette il sorriso che viene ugualmente percepito dal paziente: è lo sguardo sorridente a essere percepito. Lo sguardo arriva lontano, supera di gran lunga il metro di distanza indicato inizialmente per contenere il contagio (Ministero della Salute). Lo sguardo può essere un forte appiglio per un paziente in stato confusionale a causa dei disturbi neurologici o a causa dei farmaci, lo sguardo affettuoso è qualcosa di presente e reale universalmente intellegibile (ovviamente se si può vedere).

La situazione di incertezza odierna può far sentire indifesi non solo i pazienti, ma ognuno di noi. Uno sguardo attento, affettuoso diventa rassicurante anche per chi incontriamo per strada o vediamo affacciato al balcone di fronte. Bowlby (1980) usa l'icona della margherita per rappresentare il comportamento del bambino che inizia a scoprire il mondo circostante: il bambino, una volta allontanatosi dalla madre per esplorare ciò che c'è intorno a sé, ritorna a lei per offrirle un fiore appena colto e poi si allontana nuovamente per tornare a esplorare il suo mondo; tutto ciò può avvenire solo se la madre, con uno sguardo, con un gesto o con il suo comportamento, trasmette fiducia. È sulla base di questa fiducia che il bambino sperimenta quella sicurezza che gli permette di allontanarsi nuovamente, certo che il punto di riferimento persiste (Bowlby, 1989). Al contrario è stata rilevata una pos-

sibile associazione tra i disturbi comportamentali e un mancato sguardo rivolto al volto (Airdrie et al., 2018).

## Fenomenologia dello sguardo

Gli esempi e le affermazioni proposte riconducono all'interpretazione fenomenologica della realtà, l'essere si manifesta nella concretezza, lo sguardo è un elemento fondamentale nella relazione. Lo sguardo arriva all'oggetto esterno prima del tocco ed è percepito dalle facoltà intellettuali in modo immediato<sup>7</sup>, è un elemento di connessione istantanea tra il corpo e il mondo esterno; questo è possibile perché il corpo è mediatore di esperienze personali (Russo, 2020)<sup>8</sup>. Quindi lo sguardo, grazie all'immediatezza del vedere, permette rapidamente di entrare in contatto empatico con l'altro (Stein, 2014).

L'attuale pandemia, a causa della elevata contagiosità del virus, obbliga alla lontananza fisica (DPCM 6/2020)<sup>9</sup> tra le persone e in particolare con le persone contagiate: è necessario limitare i tempi di presenza al letto del malato, quindi si riduce il tempo per poterlo ascoltare, incoraggiare a parole. Dunque, oltre alle difficoltà precedentemente accennate correlate alla carenza di personale e attrezzature, emerge anche la difficoltà di manifestare vicinanza a coloro che necessiterebbero di maggior supporto per 'combattere' la malattia. Ecco che pare molto utile rivalutare il valore dello sguardo.

<sup>7</sup> L'immediatezza con cui le immagini si imprimono nella mente umana fa sì che, in un certo senso, la vista sia superiore agli altri sensi, un'immagine è visibile da una comunità più numerosa di quella che può usare una stessa lingua; comunque la comprensione del significato e la permanenza nella memoria di ciò che si è visto dipende da numerosi fattori, per esempio probabilmente un'immagine di vera arte rimane in memoria più a lungo di un'immagine digitalizzata con la quale si può anche rappresentare una realtà alterata (Debray, 1999). Analogamente uno sguardo autenticamente attento colpisce forse maggiormente di uno sguardo di convenienza.

<sup>8</sup> *To think of the body, not as an object but as a principle of experience, from the point of view of our 'being flesh' makes objectifying it impossible, as well as creating dissociation or opposition between the soul and the body, between the I and the organic dimension, between nature and culture' (Russo, 2020 p. 84). 'The flesh possesses the ability to enter into a relationship of donation with the other and the difficulties of individualism, declined in its various forms, show how urgent it is to rethink the meaning and role of the body – of the body in its sexual dimension – within the framework of today's relational complexity. If the dignity of the body is rooted in the unitary structure of the person, founded on the integration of the somatic, psychic and spiritual dimensions, acknowledgement of the corporeity of the other constitutes the starting point for recognition of his/her dignity. The radical difference and, at the same time, our radical similarity shows itself in corporeity, that is the object and the means of recognition, therefore, the precondition for entering into a relationship.'* (Russo, 2020 p. 85)

<sup>9</sup> <https://www.ilsole24ore.com/art/coronavirus-cosa-rischia-chi-non-rispetta-distanza-un-metro-e-limiti-spostamenti-AD4nhsB>

In letteratura sono innumerevoli le tipologie di sguardi descritti, da quello di Medusa e della moglie di Lot che immobilizzano, a quello di Narciso che nella sua autoreferenzialità è creativo. Lo sguardo di Medusa, che pietrifica, rappresenta il freddo diffuso da quanti vivono basandosi solo sulla razionalità senza dare spazio all'intelligenza emotiva; la moglie di Lot, volgendo lo sguardo indietro, diventa lei stessa di sale, al contrario di chi vive il presente guardando avanti a sé. Questi sguardi ci parlano della natura dell'uomo e dell'uso che fa della libertà. Passando dalle metafore alla materialità dell'organo da cui nascono, vediamo quali espressioni sono usate in relazione all'occhio. In questo caso la metafora è esplicita nell'espressione: occhio della mente (Filone di Alessandria)<sup>10</sup>, occhio dello spirito (Debray, 1999), luce dell'occhio (Da Vinci)<sup>11</sup>, occhio specchio dell'anima o porta del cuore<sup>12</sup>.

In relazione alla salute la terminologia in uso ha un'accezione negativa – malocchio – e una positiva – occhio clinico. Il malocchio è uno sguardo malefico che si realizza per mezzo del demonio e produce un “maleficio” (Amorth, 2010), talvolta il termine è usato in modo superficiale e fantasioso, come frutto di credulità popolare; alcuni, invece, ritengono che esso esista realmente e sia dannoso per entrambe le persone coinvolte (quando l'oggetto dello sguardo è una persona). Più generica è l'espressione ‘a colpo d'occhio’ che si rifà a situazioni nelle quali con un rapido sguardo si può conoscere la realtà circostante. È proprio questa esigenza che diede origine alla struttura circolare del carcere Panopticon; struttura che M. Foucault propose anche per i manicomi al fine di permettere allo psichiatra di controllare tutto e tutti con un colpo d'occhio. Inoltre, a Foucault viene attribuita una riflessione sullo ‘sguardo medico’ visto come strumentalizzante a causa di interessi di studio o addirittura economici e che risulterebbe disumanizzante in quanto ridurrebbe il paziente a oggetto (Cometa e Vaccaro, 2007). Dalla disumanizzazione dello sguardo a un'assistenza sanitaria di poca qualità la distanza è breve, la dignità della persona sembra

scompare (Watson, 2012), si può gradualmente perdere il senso del pudore, sano atteggiamento di timore di fronte allo sguardo dell'altro (Borgonovo, 2003, p. 80)<sup>13</sup>.

Giungiamo ora alla felice espressione ‘occhio clinico’, essa fa riferimento all'occhio attento di chi, grazie a conoscenze adeguate, esperienza, rigore e metodo nel ragionamento può diagnosticare rapidamente e correttamente. L'apparenza è che la diagnosi sia frutto solo dell'immediatezza della vista ma non è così, l'occhio clinico sa cosa cercare, dove guardare; i dati raccolti, alla luce delle conoscenze e dell'esperienza acquisiscono significato, il significato viene rielaborato con rigore e creatività secondo un metodo scientifico (Scandellari, 1997). La creatività permette di ipotizzare soluzioni non standardizzate; l'attenzione per il paziente gioca un ruolo sinergico con gli altri elementi enunciati.

La letteratura scientifica ha affrontato il tema degli occhi e dello sguardo soprattutto da un punto di vista neurologico studiando i movimenti oculari e le risposte cerebrali attraverso la risonanza magnetica funzionale. Per esempio sono state studiate le associazioni tra lo sguardo diretto o distolto in relazione alle risposte cerebrali evocate dalle emozioni (Ziaei et al., 2016), o dalla visione di azioni virtuose, o di particolari abilità rappresentate tramite videoproiezioni (Yang et al., 2018).

Kerr et al. (2018) hanno realizzato una *scoping review* sull'impatto neurofisiologico del tocco umano e dello sguardo nell'ambito delle relazioni terapeutiche. Gli autori evidenziano che di 64 articoli selezionati solo 7 includono lo sguardo e nessuno di essi ha coinvolto personale infermieristico. Pare che ci sia poca consapevolezza delle potenzialità dell'impatto neurofisiologico dello scambio di sguardi (Kerr et al., 2018), lo sguardo diretto pare che possa incrementare la sincronizzazione neuronale e la capacità empatica (Ponkanen et al., 2011) e comunque è certo che riduce i livelli di stress (Gordon et al., 2010; Kim et al., 2014; Feldman et al., 2010; Mormann et al., 2015; Hietanen et al., 2008; Ponkanen et al., 2011; Ulmer-Yaniv et al., 2016). La specificità della revisione è che sono stati inclusi solo studi basati sullo sguardo diretto durante relazioni interpersonali e non lo sguardo su video o altro. Kerr et al. (2018), mettendo in luce la fattibilità di ricerche empiriche realizzate nel *setting* clinico, raccomandano di intraprendere nuovi studi a partire dalle relazioni interpersonali in ambito sanitario. Ciò potrà rendere sempre più chiaro il modo migliore di aggiornare il cosiddetto *fundamental care*, quell'assistenza che non perde di vista le necessità essenziali del paziente perché attento alla relazione. Torniamo al concetto di buona relazione di cura – *caring* –;

<sup>10</sup> ‘Il sapiente è sempre bramoso di conoscere il reggitore supremo dell'universo: quando percorre il sentiero della scienza e della sapienza, si imbatte in parole divine davanti alle quali fa sosta (*prokataliēi*), e pur avendo intenzione di proseguire, vi si ferma innanzi. Aperti gli occhi della mente vede con più acutezza che si è accinto alla caccia di un oggetto che è difficile da catturare, che si tira sempre indietro, si mantiene lontano e previene gli inseguitori, frapponendo fra sé e loro un'infinita distanza’ *De posteritate Caini 18* di Filone di Alessandria.

<sup>11</sup> ‘Noi vediamo chiaro che tutte le similitudini delle cose evidenti che ci sono per obbietto, così grandi come piccole, entrano al senso per la piccola luce dell'occhio’. Leonardo Da Vinci, Trattato della Pittura, III, 453.

<sup>12</sup> Dalla celebre frase di Audrey Hepburn ‘La bellezza di una donna non dipende dai vestiti che indossa né dall'aspetto che possiede o dal modo di pettinarsi. La bellezza di una donna si deve percepire dai suoi occhi, perché quella è la porta del suo cuore, il posto nel quale risiede l'amore’.

<sup>13</sup> Borgonovo (2003) commentando il testo di Karol Wojtyła, scrive: “nelle serrate analisi di *Amore e Responsabilità* il pudore viene considerato, dal punto di vista della singola esistenza personale, anche come un atteggiamento di timore e tremore di fronte allo sguardo dell'altro. In tale sentimento, lungi dal venire meno l'apertura al *tu*, si esprime invece la coscienza dell'uomo nella sua radicalità e nella sua irriducibilità a ogni oggettivazione”. (p. 80)

quanto più verrà descritta, più facile sarà conoscerne le manifestazioni e quindi praticarla, esigerla ove necessario, nonché formare e valutare anche in questo aspetto.

### Sorriso e qualità assistenziale

Riflettere sulla situazione attuale, alla luce di quanto detto sopra, apre uno spiraglio di speranza sulla possibilità di migliorare l'assistenza sanitaria; infatti, molte delle inefficienze del sistema sanitario non sono risolvibili nell'immediato e non dipendono dalla responsabilità dei singoli, invece, la buona relazione di cura e lo sguardo sorridente possono essere esercitate dal professionista senza costi aggiuntivi.

Vi è una stretta relazione tra l'essere un buon professionista e il realizzare azioni di buon *caring*. Il *caring* manifesta una sincera attenzione alla persona oggetto di cura, la buona relazione di cura preserva la dignità della persona (Watson, 2012) agevolando i professionisti a non perdere di vista che in unità al corpo da curare vi è uno spirito, una persona unica da proteggere e amare.

Oggi, nonostante la criticità delle situazioni, è stata più volte descritta dai *mass media* la percezione del sorriso come strumento per contrastare il COVID, come nel caso dell'Ospedale di Rivoli (La Stampa) e del Cotugno di Napoli "dove si sorride con gli occhi" (ANSA) e la prognosi da COVID è stata migliore che altrove (Il sole 24 ore). Il paziente, nel vedere l'occhio di chi si prende cura di lui, immediatamente ne coglie lo sguardo. Lo sguardo fa riferimento al guardare più che al vedere. Lo sguardo implica intenzionalità e quando questa manca rischia di essere percepito come assente; al contrario uno sguardo intenzionalmente attento è percepito come fiducia ed è rassicurante (Mortari e Saiani, 2003). Abbiamo visto in precedenza il confronto tra il *loving gaze* e l'*hostile gaze*, lo sguardo amorevole facilita una visione positiva dell'altro e dunque del sorriso autentico; anche se talvolta questo sorriso sia frutto di una volontaria modifica di prospettiva emotiva, poi però crea una disposizione (virtuosa) alla buona relazione permettendo di cogliere gli aspetti positivi piuttosto che i limiti della persona a cui si rivolge lo sguardo (Murdoch, 1870; Snow, 2005). È un processo che conduce alla saggezza, richiede autoconsapevolezza e apertura al cambiamento sia intellettuale che emozionale. Il professionista saggio sarà anche un professionista del *caring* (Watson, 2012), ossia un professionista che riesce a sorridere al paziente anche quando è stanco o spaventato, o quando le prime emozioni che percepisce gli farebbero distogliere lo sguardo.

Nella storia della medicina sono numerosi i professionisti il cui atteggiamento di attenzione autentica all'altro ha costituito il movente per scoprire nuove strade per la sicurezza e per il bene dei loro pazienti. Purtroppo non sempre la società scientifica e culturale ha risposto in tempo reale, come nel caso di Semmelweis, medico ungherese morto in un manico-

mio: ci sono voluti quasi due secoli affinché si diffondesse in tutto il mondo la sua intuizione: il lavaggio delle mani con soluzioni adeguate è fondamentale nella prevenzione delle infezioni.

Poniamo quindi ad esempio due eminenti personalità quali lo stesso Ignác Semmelweis<sup>14</sup> e Florence Nightingale<sup>15</sup> che hanno avuto la forza per affrontare le difficoltà e per affermare la verità, come dovremmo fare oggi, evitando che l'emergenza porti a un efficientismo lontano dal bene del singolo. Nell'ospedale di Vienna il giovane Semmelweis non rimase indifferente alla morte di numerose puerpere della divisione in cui lavorava. Egli studiò fino a intuire la causa e a porre rimedio: il lavaggio delle mani con ipoclorito di sodio diminuì la mortalità delle degenti; purtroppo, per invidia e interessi di potere, si preferì denigrarlo piuttosto che salvare la vita a molte donne. Analogamente durante la guerra in Crimea le autorità militari inglesi avevano come unico obiettivo quello di vincere la guerra, ma non quello di tutelare

<sup>14</sup> Ignác Fülöp Semmelweis (Buda, 1° luglio 1818 – Döbling, 13 agosto 1865) è stato un medico ungherese che per primo intuì il valore del lavaggio delle mani nella prevenzione della diffusione delle infezioni nosocomiali: 'Con un'unica intuizione, Semmelweis aveva identificato la natura della febbre puerperale e trovato un modo per prevenirla. Infatti, dopo che aveva disposto che il personale sanitario, entrando nella prima divisione, e prima di accostarsi a una donna in travaglio si lavasse le mani con cloruro liquido diluito, normalmente usato per eliminare l'odore dai materiali putridi, in poche settimane la mortalità scese al 3% e l'anno successivo a poco più dell'1%! Questi risultati avrebbero dovuto suscitare il plauso e l'interesse da parte della comunità medico-scientifica, al contrario attirarono risentimento e invidia. La sua condizione di straniero ungherese (simpatizzante per i moti irredentisti della sua patria) e il suo atteggiamento fortemente risoluto nel richiedere l'applicazione delle innovative disposizioni igieniche furono considerate offensive sia dal personale che del direttore Klein che non gli fece rinnovare il contratto. È indubbio che la scoperta di Semmelweis era difficile da accettare da parte di tutti quei medici che con il loro comportamento, sebbene involontario, avevano causato la morte di tante donne. La dimostrazione della contaminazione batterica fu data da Pasteur solo nel 1864 e, prima di allora, le scoperte di Semmelweis vennero screditate e le morti ripresero a essere ingenti' (Zardo, 2014).

<sup>15</sup> Florence Nightingale (Firenze, 12 maggio 1820 – Londra, 13 agosto 1910) è nata da genitori inglesi ricchissimi, che si erano recati in Italia per un lungo soggiorno. Giovannissima mostra grande interesse per il miglioramento del sistema sanitario inglese. All'epoca gli ospedali erano ambienti che facevano paura, da evitare a ogni costo: nella stessa corsia, talvolta nello stesso letto, si accalavano pazienti affetti dalle più diverse malattie. Il concetto di igiene era pressoché ignoto: i medici non si lavavano le mani prima di eseguire interventi chirurgici ed entravano in sala operatoria con gli stessi abiti che indossavano per strada. La mortalità intraospedaliera era molto elevata. Nightingale intuisce che per migliorare i risultati dell'assistenza sanitaria britannica era necessario iniziare a lavorare su alcuni concetti fondamentali, quali l'igiene degli ambienti e degli stili di vita, l'organizzazione dei servizi socio-assistenziali e la relazione d'aiuto con i malati. È intorno a questi concetti che riuscirà a costruire le basi per la nascita e lo sviluppo del Nursing' (Tratto da L'infermiere 4/2005 di Lancia e Petrucci).

la salute dei loro soldati, senza l'insistenza della Nightingale avrebbero perso la vita molti più inglesi. Florence è riuscita con la sua amabilità, intelligenza teorica e pratica, pazienza e diplomazia, e molte altre virtù, a mostrare al mondo quale dovrebbe essere il profilo dell'infermiere, capace di assistere amorevolmente e studiare per produrre quelle evidenze scientifiche che hanno portato al cambiamento.

Il coraggio e la perseveranza di tali personalità genera la speranza di cui abbiamo bisogno per procedere con determinazione. La speranza è correlata a una carenza, non si può sperare ciò che già si possiede. Con parole di Lévinas (2001) 'l'acuità della speranza risiede nella gravità dell'istante in cui essa si compie. L'irreparabile è la sua atmosfera naturale. La speranza è tale solo quando non è più concessa. E nell'istante di speranza l'irreparabile è il presente stesso. L'avvenire può portare una consolazione o una compensazione a un soggetto che soffre nel presente, ma la stessa sofferenza del presente rimane come un grido la cui eco riecheggerà per sempre nell'eternità degli spazi. Ciò vale per lo meno in quella concezione del tempo ricalcata sulla nostra vita nel mondo che noi chiamiamo – e si vedrà il perché – il tempo dell'economia'. (p. 82); possiamo dire che il tempo dell'economia è il tempo di ciò che è esterno all'uomo ma ne coinvolge l'esistenza ponendo far rientrare in sé anche il tempo più intimo (p. 83). Questa forte influenza tra ciò che è più esterno e ciò che è più intimo può essere la causa di tanti disordini. Quando una delle due parti prevale sull'altra si creano squilibri nel singolo e nella società, si perde di vista il bene comune.

Attualmente il sentire di molti e dell'autrice è che numerose risorse economiche siano state disperse per raggiungere interessi di parte senza poter essere usate per il bene comune. Questo si nota lavorando in strutture sanitarie dove talvolta vengono acquisite attrezzature elettromedicali o tecnologie costosissime senza organizzare il lavoro e formare adeguatamente il personale al fine di ottimizzare la spesa per il bene dei pazienti. Paradossalmente invece vengono ritardate autorizzazioni per presidi o attrezzature poco costose che garantirebbero la sicurezza del paziente e degli operatori, come i presidi di protezione tanto necessari per la pandemia in atto o farmaci di uso comune ma necessari per una buona assistenza.

Sono di grande attualità le parole della Watson riportate nel testo *Caring in Nursing Classics: An Essential Resource* (Smith, Turkel e Wolf, 2013, p. 518):

*'the crisis in modern medicine and health in this new millennium seems to lie in the lack of a meaningful perspective on the very nature of our humanity. It seems that somewhere along the way modern medicine has forgotten that it is grounded and sustained by and through the very nature of our being and becoming more human. We have forgotten that we are nurtured and sustained by love, by grace, by the beauty, and by depth of life. We are reminded that through our wounded humanity, including our vulnerability, suffering, and joy, the light and shadows of our teeming humanity, we enter into and contribute to connecting with the in-*

*finity of the human soul, life itself, and all the vicissitudes that encompass and surround our humanity. Addressing the role of our being and becoming more human, through the phenomenon, the metaphysics, and ethic of love and caring allows us to more fully "face our humanity." These considerations are critical to engage in healing practices for ourselves and for those whom we serve'<sup>16</sup>.*

In questa sede non si vuole affrontare la situazione sanitaria italiana che, per quanto basata su un sistema molto più protettivo della persona rispetto a quello di tanti altri paesi, versava in una evidente inadeguatezza di risorse umane. Le misure di potenziamento del SSN previste dal D.L. 14/2020 sono state sì una risposta 'rapida' all'emergenza COVID-19, ma tardiva rispetto alle criticità denunciate già da anni e descritte in diversi documenti, tra cui il Piano Sanitario Nazionale (Piano della *performance* 2019-2021). La attuale pandemia è stata solo la goccia che ha fatto tragicamente traboccare il vaso. Si vuole dunque proporre una soluzione permanente che riduca il rischio di nuovi squilibri, chiedendo alle autorità politiche e accademiche di rinnovarsi nella scelta del loro obiettivo prioritario: il bene della persona inteso come rispetto e garanzia della sua dignità.

## Conclusioni

La presente riflessione e l'esperienza professionale fin qui maturata portano a riproporre come prioritario un approccio umanistico anche nelle professioni apparentemente basate solo sulle evidenze scientifiche. Tali evidenze, se non sono sviluppate e vissute alla luce di una sana antropologia, rischiano di essere strumentalizzate da interessi politici ed economici invece di servire la persona umana, basti pensare alla vita di Semmelweis o a quanto avvenuto nei campi di concentramento nazisti, riconosciuto in seguito come un insieme di 'crimini contro l'umanità'<sup>17</sup>. Purtroppo è probabile

<sup>16</sup> Il testo continua: *'This process of connecting with Logstrup's and Levinas's ethic of first principle of belonging-being and sustaining our humanity is the same as sustaining our dignity, our divinity – reminding us of the sacred world of the infinity of existence; thus, humanity is ultimately floating in, trusting in the spirit, energy, and grace of cosmic love. This ethic of love and caring become first principles for facing and sustaining the infinity of our profession. If we follow this ethical demand, nursing has a critical role in moving humanity toward the omega point, ever closer to God and the mysterious sacred circle of living, trusting, loving, being, and dying, I conclude with a Teilhard de Chardin quote: Love in all its subtleties is nothing more, and nothing less, than the more or less direct trace marked on the heart. . . . This is the ray of light which will help us to see more clearly...'* p. 518.

<sup>17</sup> Nel 1947, grazie al processo di Norimberga, sono state condannate molte persone coinvolte nelle sperimentazioni su esseri umani; da allora si sono susseguite numerose dichiarazioni, raccomandazioni e altri documenti, tra cui diversi codici deontologici, con il fine di proteggere l'essere umano nella sua dignità e identità (Chieffi, 2014).

che la storia troverà una correlazione tra scelte politiche degli ultimi decenni e l'attuale impossibilità di affrontare adeguatamente l'odierna pandemia, quanto meno in Italia. Questo ci dovrebbe portare a giocare d'anticipo, a promuovere tutti insieme una cultura attenta alla persona, una cultura familiare e sociale dove si trova il tempo di uno sguardo affettuoso anche quando non è necessario, quando non è richiesto, quando magari costituisce una sorpresa per chi lo accoglie.

La proattività dimostrata dal personale sanitario e da tanti altri professionisti riempie di speranza, speranza basata sulla natura dell'essere umano che seppur limitata quando non perde la capacità di guardare l'altro emerge nella sua bellezza: lo sguardo dell'altro è come un potere maieutico del bene che è nell'uomo. Vi è un enorme parallelismo tra le figure professionali che svolgono una funzione di servizio personale sanitario, scolastico, forze dell'ordine e altre professioni che con il loro lavoro supportano anche psicologicamente i singoli e le loro famiglie.

Il lavoro è durissimo soprattutto perché, in questo momento, è raro che possa dare risultati apprezzabili e quantificabili; il lavoro è snervante ma anche entusiasmante, grazie alla forte motivazione: partecipare a una missione che crea speranza e libera molti dal baratro della disperazione.

Sono molti gli approfondimenti e i vissuti che si vorrebbero ancora condividere, ma conviene forse lasciare che il tempo permetta di elaborarli adeguatamente, gli sguardi donati e accolti in questo periodo di pandemia sono stati tanti quante le emozioni che hanno riempito le strade desolate e gli ospedali in cui non si è potuto vegliare con le famiglie la salma di un loro caro.

L'auspicio della presente riflessione è che il triste e impegnativo periodo vissuto induca tanti sia a livello personale che istituzionale a crescere nell'attenzione a ogni singolo essere umano, cominciando dal modo in cui guardiamo le persone che ci troviamo accanto nella vita professionale e personale.

### Ringraziamenti

L'autrice ringrazia la propria famiglia e quanti le hanno comunicato rispetto e stima con il loro sguardo, fonte ispiratrice del presente articolo. Inoltre si ringraziano i revisori per il loro prezioso lavoro.

### Bibliografia

- Airdrie JN, Langley K, Thapar A, et al. *Facial emotion recognition and eye gaze in attention-deficit/hyperactivity disorder with and without comorbid conduct disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2018;57:561-70. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.04.016>
- Amorth (Padre). *Memorie di un esorcista. La mia vita in lotta contro Satana*. Segrate: Piemme 2010.
- Borgonovo G. *Karol Wojtyła-Giovanni Paolo II: una passione continua per l'uomo*. Soveria Mannelli: Rubettino 2003.
- Bowlby J. *Loss: sadness and depression. Attachment and loss, Vol. 3*. London: Hogarth Press 1980.
- Bowlby J. *Una base sicura*. Milano: Cortina 1989.
- Chieffi L, Ed. *Frontiere mobili: implicazioni etiche della ricerca biotecnologica*. Milano: Mimesis Edizioni 2014.
- Cometa M, Vaccaro S. *Lo sguardo di Foucault*. Roma: Meltemi Editore 2007.
- Debray R. *Vita e morte dell'immagine. Una storia dello sguardo in Occidente*, trad.it. di Pinotti A. Milano: Il Castoro 1999.
- Duffy JR. *Quality caring in nursing and health systems. Implication for clinicians, educators, and leaders*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Springer 2018.
- Feldman R, Singer M, Zagoory O. *Touch attenuates infants physiological reactivity to stress*. Dev Sci 2010;13:271-8.
- Fenizia E, Marchetti A, Biagioli V, et al. *Psychometric testing of the Caring Behaviors Inventory for nursing students*. J Clin Nurs 2019a; 3567-74. <https://doi.org/10.1111/jocn.14950>
- Fenizia E, Scollo S, Gambera A, et al. *Formazione al caring in infermieristica: correlazione tra i comportamenti degli studenti e la loro percezione del tutor clinico*. MEDIC 2019b;27:69-82.
- Fenizia E, Navarini L, Scollo S, et al. *A longitudinal study on caring behaviors of Italian nursing students*. Nurse Educ Today 2020;88:104377. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104377>
- Feo R, Kitson A, Conroy T. *How fundamental aspects of nursing care are defined in the literature: a scoping review*. J Clin Nurs 2018;27:2189-229. <https://doi.org/10.1111/jocn.14313>
- Gordon I, Zagoory-Sharon O, Leckman JF, et al. *Oxytocin, cortisol, and triadic family interactions*. Physiol Behav 2010;101:679-84.
- Hietanen JK, Leppänen JM, Peltola MJ, et al. *Seeing direct and averted gaze activates the approach-avoidance motivational brain systems*. Neuropsychologia 2008;46:2423-30.
- Kerr F, Wiechula R, Feo R, et al. *Neurophysiology of human touch and eye gaze in therapeutic relationships and healing: a scoping review*. JBI Database System Rev Implement Rep 2019;17:209-47. <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2017-003549>
- Kim S, Fonagy P, Koos O, et al. *Maternal oxytocin response predicts mother-to-infant gaze*. Brain Res 2014;1580:133-42.
- Lévinas E. *Dall'esistenza all'esistente*. Genova: Marietti 2001.
- Lévinas E. *Altrimenti che essere o Al di là dell'essenza*. Como: New Press 2006.
- Mormann F, Niediek J, Tuduscic O, et al. *Neurons in the human amygdala encode face identity, but not gaze direction*. Nat Neurosci 2015;18:1568-70.
- Mortari L e Saiani L. *Gesti e pensieri di cura*. Milano: McGraw-Hill Education 2013.
- Murdoch I. *The sovereignty of good*. London: Routledge 1970.
- Piredda M, Ghezzi V, Fenizia E, et al. *Development and psychometric testing of a new instrument to measure the caring behaviour of nurses in Italian acute care settings*. J Adv Nurs 2017;73:3178-88. <https://doi.org/10.1111/jan.13384>
- Ponkanen LM, Alhoniemi A, Leppänen JM, et al. *Does it make a difference if I have an eye contact with you or with your picture? An ERP study*. Soc Cogn Affect Neur 2011;6:486-94.
- Russo MT. *The human body as a problem in post-modern culture*. Church, communication and culture 2020;5:74-91. <https://doi.org/10.1080/23753234.2020.1713010>
- Scandellari C. *L'occhio clinico: occhio magico o occhio logico?* In: Antiseri D, Cagli V, Eds. *Dialogo sulla diagnosi. Un filosofo e un medico a confronto*. Roma: Armando 2008.
- Sitzman K, Watson J, Eds. *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences: Watson's caring science guide*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Springer 2019.
- Smith MC, Turkel MC, Wolf ZR, Eds. *Caring in nursing classics: an essential resource*. New York: Springer 2013.
- Snow NE. *Iris Murdoch's notion of a loving gaze*. J Value Inquiry 2005;39:487-98. <https://doi.org/10.1007/s10790-007-9012-9>
- Stein E. *Il problema dell'empatia*. Roma: Studium 2014.



Swanson KM. *Empirical development of a middle range theory of caring*. Nursing Res 1991;40:161-6.

Swanson KM. *Nursing as informed caring for the well-being of others*. Image J Nurs Sch 1993;25:352-7. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>

Tomietto M, Papastavrou E, Efstathiou G, et al. *Misurare la percezione di caring in pazienti e infermieri: validazione italiana del Caring Behaviors Inventory (CBIta)*. G Ital Med Lav Erg 2014;36:38-44.

Ulmer-Yaniv A, Avitsur R, Kanat-Maymon Y, et al. *Affiliation, reward, and immune biomarkers coalesce to support social synchrony during periods of bond formation in humans*. Brain Behav Immun 2016;56:130-9.

Watson J. *Human caring as moral context for nursing education*. Nursing Health Care 1998;9:423-5.

Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown 1979.

Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring (Rev. ed)*. Reprinted by arrangements. Colorado: University Press 2008.

Watson J. *Assessing and measuring caring in nursing and health science*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer 2009.

Watson J. *Human caring science. A theory of nursing*. 2<sup>nd</sup> ed. Sudbury (MA): Jones & Barlett Learning 2012.

Yang XF, Pavarini G, Schnall S, et al. *Looking up to virtue: averting gaze facilitates moral construals via posteromedial activations*. Soc Cogn Affect Neurosci 2018;13:1131-9. <https://doi.org/10.1093/scan/nsy081>

Zardo N. *Il salvatore delle madri*. PJJL-42 2014 <http://www.perini-journal.it/Items/it-IT/Articoli/PJJL-42/Il-salvatore-delle-madri>

Ziaei M, Burianová H, von Hippel W, et al. *The impact of aging on the neural networks involved in gaze and emotional processing*. Neurobiol Aging 2016;48:182-94. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2016.08.026>

## Sitografia

ANSA ([https://www.ansa.it/campania/notizie/2020/04/15/al-cotugno-dove-si-sorride-con-gli-occhi\\_52cae7af-2ef1-4d13-a28f-5eedf0b0e5a7.html](https://www.ansa.it/campania/notizie/2020/04/15/al-cotugno-dove-si-sorride-con-gli-occhi_52cae7af-2ef1-4d13-a28f-5eedf0b0e5a7.html))

Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) ([https://www.fnopi.it/archivio\\_news/pagine/49/FlorenceNightingale.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/pagine/49/FlorenceNightingale.pdf))

Gazzetta Ufficiale (GU) ([www.gazzettaufficiale.it](http://www.gazzettaufficiale.it))

Il sole 24 ore (<https://www.ilsole24ore.com/art/coronavirus-cotugno-napoli-e-l-ospedale-modello-zero-contagi-ADIKSjH>)

La Stampa (<https://www.lastampa.it/torino/2020/05/29/news/generosi-e-sorridenti-il-grazie-del-presidente-mattarella-all-ospedale-di-rivoli-1.38904131>)

Ministero della Salute ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it))

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>)

Protezione Civile ([www.protezionecivile.gov.it](http://www.protezionecivile.gov.it))