



UNIVERSITÀ DI PARMA

**DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZA, STUDI POLITICI ED INTERNAZIONALI
MASTER II LIVELLO IN SALUTE COLLETTIVA: TEORIA E PRATICA DEL
COMMUNITY HEALT APPROACH**

**IL BENESSERE DI CHI SI PRENDE CURA:
UN PROGETTO DI MEDICINA NARRATIVA PER L'AZIENDA USL DI
PIACENZA**

Relatore: Sabrina Tosi Cambini

Candidato: Francesco Neri

**ANNO ACCADEMICO
2024/2025**

SOMMARIO

INTRODUZIONE	2
CAPITOLO 1: IL CONTESTO INFERMIERISTICO	3
1.1 LA SALUTE DEGLI INFERMIERI	3
1.2 L'INFERMIERE COME STREET-LEVEL BUREAUCRACY	5
1.3 RIPENSARE ALLA RELAZIONE DI CURA	7
CAPITOLO 2: PRENDERSI CURA DI CHI CURA	13
2.1 DEFINIRE LA MEDICINA NARRATIVA	13
2.2 STRUMENTI E METODOLOGIE DELLA MEDICINA NARRATIVA.....	17
2.3 LA CURA DEGLI INFERMIERI.....	19
CAPITOLO 3: IL PROGETTO	23
3.1 LA PRESENTAZIONE DEL PROGETTO	23
3.2 IL FUTURO DEL PROGETTO	34
CONCLUSIONI.....	36
REFERENZE	38
RINGRAZIAMENTI	41

INTRODUZIONE

La sanità nel contesto italiano, soprattutto quella pubblica, sta attraversando una grave crisi strutturale, caratterizzata da una carenza cronica di figure sanitarie e da un sottofinanziamento cronico.

Gli infermieri, probabilmente, sono tra i professionisti che maggiormente soffrono questa situazione. Si assiste ad una carenza numerica drammatica rispetto ad altri paesi dell'Europa ed una continua emorragia di chi lascia il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a favore di contesti lavorativi privati o di libera professione.

Questa realtà con la quale ci si scontra oggi, oltre che ad avere cause che possiamo definire politiche (organizzazioni e retribuzioni non adeguate tra tutte), risente di un'altra moltitudine di fattori che riguardano la sfera emotiva, personale, intrinseca di ogni professionista.

In questo contesto, la medicina narrativa emerge non solo come strumento di umanizzazione delle cure ma come approccio necessario per migliorare la relazione terapeutica, sostenere gli operatori e contrastare forme di malessere in un sistema sotto pressione.

La medicina narrativa, dunque, non deve essere vista soltanto come un vezzo teorico ma come uno strumento operativo per rigenerare la relazione di cura e tutelare il benessere degli operatori. Proprio nel processo di relazione che la medicina narrativa propone si possono trovare le basi per creare condizioni di aiuto che possano portare ad un miglioramento del benessere degli infermieri.

Lo scopo di questo elaborato è descrivere la proposta progettuale che è stata presentata all'Azienda USL di Piacenza che ha per titolo "Il benessere degli infermieri attraverso l'utilizzo di tecniche di medicina narrativa".

Verranno descritte le motivazioni che hanno portato alla scelta di intraprendere questo tipo di percorso, oltre i principali fondamenti teorici della medicina narrativa e la relazione che esiste con il benessere legato alla professione infermieristica, così come evidenziato dalla letteratura esistente.

CAPITOLO 1: IL CONTESTO INFERMIERISTICO

1.1 La salute degli infermieri

Quando si parla di salute, in uno stato democratico, si intende un diritto fondamentale del singolo e della collettività, tutelato costituzionalmente (art. 32 della costituzione italiana), attraverso un sistema sanitario pubblico, universale ed equo.

Proprio l'universalità è un punto chiave, visto che questo diritto è garantito a chiunque si trovi sul territorio nazionale, senza distinzione di razza, nazionalità, religione o opinione, superando il concetto di cittadinanza.

Mi piace partire da questo concetto, che trovo quanto mai attuale in questo momento storico poiché, a volte, ho la percezione che il cambiamento societario a cui siamo andati incontro negli ultimi anni abbia portato a dimenticare, o comunque mettere momentaneamente da parte, questo caposaldo del nostro stato democratico.

Si parla spesso della salute come un processo dinamico, che include l'equilibrio tra mente e corpo, garantendo dunque un'omeostasi fisica, accompagnata da componenti psicologiche e sociali (Craven, 2004). Questo è il concetto che viene ribadito ad ogni paziente nel suo percorso di cura, che sia di tipo ospedaliero o territoriale.

Ma la salute degli operatori sanitari? Non è altrettanto importante al pari di quella dei pazienti? Non rientrano anch'essi tra quelle persone che possono reclamare tale diritto?

Le risposte a queste domande appaiono ovvie, sarebbe difficile sostenere una tesi contraria, ma la sensazione è che a volte si tenti a sottovalutare questi concetti, considerando gli operatori sanitari immuni da problemi di salute, intesa sempre nel suo triplice aspetto bio-psico-sociale.

La mia percezione personale, legata al mio lavoro di coordinatore assistenziale, mi porta ad avere una visione quotidiana sull'agito dei miei colleghi e ad affermare che esiste un malessere profondo che attanaglia la professione infermieristica.

Questa mia visione, che potrebbe apparire poco obbiettiva poiché dettata da una presa di posizione a favore della professione infermieristica che rappresento, trova, in realtà, riscontro nell'ultimo Rapporto dell'Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano (OASI) presentato dal Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (GERGAS) della SDA Bocconi School of Management (26° rapporto OASI, 2025).

Il rapporto fotografa lo stato e l'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), tra bisogni crescenti e risorse limitate. Lo studio evidenzia che le soluzioni offerte dall'SNN offrono

risposte parziali ed evitano il nodo centrale: in un contesto di risorse limitate e domanda non governata, il SSN deve individuare priorità chiare.

Uno dei focus principali del rapporto è dedicato agli infermieri, ai quali viene dedicato un capitolo ben specifico, dal quale si evidenzia subito un primo dato riguardante la carenza di personale nel SSN, con la presenza di 6,5 infermieri per 1000 abitanti, dato ben al di sotto della media europea di 8,4 infermieri per abitanti. Ancora più significativo è il rapporto tra medici ed infermieri: solo 1,3 infermieri per medico, contro valori compresi tra 2,6 e 2,9 in paesi come Francia, Germania e Regno Unito. Vengono analizzati dati che possono essere riuniti in due grandi gruppi:

1. Di tipo organizzativo: soddisfazione lavorativa, intenzione di turnover, relazioni collaborative tra medici ed infermieri, capacità di leadership e supporto da parte dei responsabili infermieristici, partecipazione degli infermieri alla vita organizzativa dell'ospedale, solide basi professionali per la qualità dell'assistenza, adeguatezza del personale e delle risorse disponibili;
2. Di tipo stressogeno: carichi di lavoro, valori professionali infermieristici, relazioni con i colleghi, conflitto tra teoria e pratica, supporto sociale, bilanciamento vita personale-lavoro.

A titolo di esempio, esplorando la parte valoriale della professione infermieristica, all'affermazione "mi chiedo se riuscirò a praticare un'assistenza infermieristica ideale in ospedale", il 71% degli intervistati si trova d'accordo e soltanto il 29% in disaccordo. Questo fa percepire l'enorme difficoltà che ogni giorno i professionisti infermieri riscontrano nella loro pratica lavorativa quotidiana.

I dati che sono stati raccolti accendono un campanello d'allarme sullo stato di salute degli infermieri, sul loro malessere che rimane a volte inascoltato, su problematiche più profonde, più radicate, su qualcosa di detto e non detto, che non sono soltanto legate a numeri che ci vedono come fanalino di coda in Europa.

Anche l'aspetto legato al Burnout degli infermieri contribuisce notevolmente ad accentuare lo scenario sopra descritto. Un recente studio, Benessere degli Infermieri e Staffing sicuro degli ospedali (Studio BENE, 2023), realizzato dall'università di Genova con il sostegno della Federazione Nazionale degli Infermieri FNOPI, riporta che il 59% degli infermieri in servizio negli ospedali italiani si ritiene molto stressato, con il 45,2% pronto a lasciare la professione. Questa condizione deriva da numerosi fattori quali retribuzione salariale tra le più basse in Europa che si ritiene non essere conforme con le responsabilità previste ed attese, scarso riconoscimento dei titoli acquisiti posteriormente alla laurea triennale, elevato carico

assistenziale, elevato coinvolgimento emotivo, lavoro sui turni, scarse risorse organiche e, il fattore più recente, rischio di subire violenze fisiche sul posto di lavoro.

Agli infermieri coinvolti nello studio è stato chiesto quali potrebbero essere le principali azioni per migliorare il burnout ed il benessere. È interessante notare come, tra le risposte date, il migliorare la comunicazione del team di lavoro sia una delle principali.

Ancora una volta viene rimarcata una moltitudine di fattori che generano malessere nella professione infermieristica e ancora una volta la parte emotiva, personale, intrinseca di ogni professionista, che è bene ricordare essere anche un essere umano come tutti, assume un aspetto fondamentale.

1.2 L'infermiere come Street-Level Bureaucracy

Il percorso del master ha permesso di esplorare diversi concetti e diverse esperienze. Uno tra questi è quello di street-level bureaucracy, cioè quei lavoratori in prima linea nelle burocrazie che interagiscono regolarmente e direttamente con i cittadini nello svolgimento dei loro compiti di attuazione delle politiche e che hanno un certo potere discrezionale su quali servizi poter offrire, come vengono offerti e sui benefici e le sanzioni assegnate ai cittadini (Erasmus, 2014).

Il concetto di discrezionalità, che risulta perno centrale nella teoria street-level bureaucracy, fa riferimento al grado di libertà attribuito ai professionisti e alle professioniste che lavorano quotidianamente a contatto con l'utente al fine di implementare le politiche. L'idea è che le decisioni e le azioni degli street-level bureaucracy diventino le politiche per le agenzie per cui lavorano (Lipsky, 1980).

Data la loro discrezionalità, gli street-level bureaucracy possono definire le politiche in modi indesiderati o inaspettati, contraddicendo le direttive politiche formali e/o andando contro gli obiettivi dichiarati dalle loro agenzie (Lipsky, 1980).

La discrezionalità di cui sopra, può essere suddivisa in (Pellegrino, 2024):

- Discrezionalità espressamente prevista dalle norme ai fini dello svolgimento del loro lavoro;
- Discrezionalità data dalla necessità pratica di effettuare delle interpretazioni a causa della natura nebulosa delle politiche;
- Discrezionalità come aperta trasgressione della norma.

Gli street-level bureaucracy lavorano spesso in organizzazioni con obiettivi vaghi ed ambigui e può essere difficile stabilire se le loro azioni contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi organizzativi, hanno risorse insufficienti a loro disposizione, tendono di rispondere a domande via via crescenti rispetto ad un'offerta spesso limitata (Lipsky, 1980).

I ruoli che assumono gli street-level bureaucrats appaiono molto delicati poiché sottoposti a pressioni di diversa natura che provengono sia dall'organizzazione per cui lavorano, con le loro direttive, sia dai beneficiari, che si aspettano risposte personalizzate che soddisfino le proprie esigenze (Pellegrino, 2024). Esistono, dunque, fattori che vanno ad influenzare la discrezionalità degli street-level bureaucracy. Tra i principali è bene ricordare:

- La scarsità di risorse, per le quali gli street-level bureaucracy tendono a razionare;
- Dilemmi etici che mettono in crisi nella quotidianità, poiché spesso ci si trova ad agire in contrasto con i propri ideali, soprattutto quando si ha a che fare con condizioni di povertà;
- La difficoltà a rivendicare il proprio status, i propri spazi di azione, tipico di professioni poco riconosciute e poco remunerate;
- La tendenza ad evitare conflittualità con il gruppo dei pari poiché la dimensione del gruppo ha un peso rilevante e agire in modo discrezionale rispetto a quanto deciso dalla singola équipe presente dei costi maggiori per il singolo/a operatore/trice.

Si può dunque affermare che gli street-level bureaucracy influenzano in modo significativo la vita delle persone poiché non sono soltanto dei meri esecutori. Infatti, tramite le loro decisioni, contribuiscono a costruire e ricostruire informalmente le politiche con il loro lavoro.

Esistono delle analogie tra questi concetti e la figura dell'infermiere poiché possono essere visti come gestori delle politiche sanitarie attraverso l'interazione diretta con i pazienti. In tal senso, alcuni aspetti chiave del ruolo infermieristico potrebbero essere:

- Discrezionalità e gestione delle risorse: gli infermieri decidono concretamente come distribuire il proprio tempo e le risorse limitate, definendo di fatto le politiche sanitarie nel momento dell'erogazione del servizio. Questo si traduce in un razionamento implicito, portando a decidere a quali aspetti dell'assistenza dare priorità;
- Strategie di coping (routine): per far fronte all'alto carico di lavoro, alla scarsità di tempo e alle pressioni organizzative, gli infermieri sviluppano routine e "scorciatoie" operative per automatizzare le loro attività, finendo per definire la qualità reale del servizio offerto;
- Gestione dell'utenza: l'utilizzo di stereotipi o classificazioni rapide può essere una strategia per gestire le richieste, ma comporta il rischio di creare barriere all'accesso o discriminazioni;
- Pressione manageriale: spesso, la misurazione delle performance spinge gli infermieri a concentrarsi solo sugli aspetti misurabili, a discapito di altri elementi fondamentali

dell'assistenza, come il tempo di relazione;

- Mediatori umani: la discrezionalità infermieristica è “l'ultimo baluardo per un'assistenza umana”, agendo come punto di incontro tra le rigidità burocratiche e la necessità di cura personalizzata;
- Ruolo di advocacy: pur lavorando in strutture gerarchiche, l'infermiere agisce spesso come gatekeeper, tutelando i diritti del paziente contro la rigidità burocratica del sistema sanitario (Sperling, 2022).

La letteratura ci riporta diversi esempi di come l'infermiere sia immerso in questo processo, di come le politiche sanitarie e sociosanitarie possano essere tradotte nella pratica infermieristica. È emerso che la misura in cui gli infermieri adottino il loro ruolo di street-level bureaucracy dipendeva da quattro principali variabili interrelate:

- La chiarezza delle linee guida politiche;
- La misura con cui queste coincidevano con i valori professionali infermieristici;
- Le pratiche e le politiche locali;
- La visione personale dell'infermiere (Bergen, 2005).

Possiamo in sintesi affermare che, per la teoria degli street-level bureaucracy, l'infermiere non è un “semplice ingranaggio” di un sistema ma un vero e proprio decisore politico, la cui condotta quotidiana determina il successo o il fallimento delle riforme sanitarie.

1.3 Ripensare alla relazione di cura

Nei paragrafi precedenti si è posta l'attenzione sull'importanza del ruolo dell'infermiere come professionista appartenente agli street-level bureaucracy e su come tale professione sia sottoposta a continue pressioni, di diversa natura, che mettono a dura prova anche il suo stato di benessere che, dati alla mano, appare essere sempre più in equilibrio precario.

Da queste premesse è nato un semplice interrogativo: visto che l'infermiere è immerso dentro questo processo di discrezionalità e viste le pressioni a cui è sottoposto, con la costante percezione di un conflitto personale, come si possono creare quelle condizioni di aiuto che scavino più in profondità nel suo animo umano, che facciano emergere problematiche nascoste, che possano creare le condizioni di miglioramento del suo stato di benessere, di aiuto alla condizione umana e che porti conseguentemente anche un miglioramento all'assistenza erogata ai pazienti?

Per rispondere a tale quesito, occorre ripensare ad un cambiamento delle relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie le quali, probabilmente, rappresentano uno dei nuclei centrali della

sociologia della salute. Un ripensamento della “logica della cura” che riconosce la natura processuale e fluida ed è attenta a valorizzare le interdipendenze, le pratiche collettive e interattive che coinvolgono professionisti sanitari, pazienti e familiari, corpi, storie e tecnologie (Moll, 2008).

Mettere a tema l’interdipendenza tra professionista sanitario e paziente implica, una ricentratura del pensiero sociologico sulle relazioni di cura. Si tratta di considerare appieno le interconnessioni tra i due entro le più ampie interdipendenze tra i rispettivi sistemi di riferimento (organizzativi, professionali, sociali). Si tratta di un modo di concepire la salute ed il suo governo, in grado di favorire collaborazione, responsabilità condivisa, sussidiarietà reticolare. È una visione di salute integrata che pone le sue basi nell’approccio della salute circolare o *One Healt*.

Questa prospettiva di salute pone al centro della propria impostazione l’idea di interdipendenza dei fattori salutogenici. Si supera la concezione biomedica della salute per attribuire un ruolo strategico all’interconnessione tra mondi vitali e il loro ambiente condiviso (Lirussi, 2021).

Ilaria Capua, direttrice del *One Healt Center of Excellence* dell’università della Florida, insiste sull’importanza della consapevolezza che viviamo in un ecosistema dove non ci sono solo persone o sistemi economici ma anche altri sistemi viventi e complessi sistemi sociali, che interagiscono tra loro creando forme complesse di interdipendenza (Capua, 2020).

La visione olistica di *One Healt* rappresenta un modello di salute basato sull’integrazione di discipline diverse di ambito medico, delle scienze umane e sociali, economiche, ambientali.

Si può affermare che nasce dunque un’esigenza di una prospettiva sociologica della salute che l’approccio della *One Healt* riconosce come cruciale, capace di valorizzare l’interdipendenza tra le sfere di vita (personale, gruppale, collettiva) e i differenti sistemi organizzativi e sociali (economici, ambientali, politici).

Ci sono stati due momenti, durante il percorso del master, che hanno posto le basi per cercare di dare risposta al quesito posto in precedenza.

Il primo, esterno al percorso di studi, riguarda la lettura dell’esistenza di un documento dell’Azienda USL di Piacenza, per la quale lavoro, denominato “*Piano delle azioni positive dell’AUSL di Piacenza 2023-2025*” (Ausl Piacenza, 2025), documento proposto dal Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni. Questo, facendo seguito a diverse normative di stampo nazionale, si pone il raggiungimento di diversi obiettivi:

- Prevenire le discriminazioni, affermare condizioni di parità e pari opportunità per tutto il personale dell’Azienda, promuovere e diffondere iniziative finalizzate al benessere

organizzativo/lavorativo;

- Favorire le politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari attraverso azioni che prendano in considerazione le condizioni e le esigenze di donne e uomini, delle diverse fasce di età, del grado di abilità/disabilità all'interno dell'Azienda, contemperando le necessità di quest'ultima con quelle delle dipendenti e dei dipendenti;
- Valorizzare le caratteristiche di genere, favorendo la partecipazione ed il riequilibrio della rappresentanza di genere in tutte le attività e posizioni;
- Promuovere la cultura e la medicina di genere.

Il piano presenta al suo interno delle “azioni positive” da perseguire ed in particolare, la numero 8 dal titolo “Riflessione e cura di sé: un laboratorio di medicina narrativa” recita: “L’obiettivo generale è quello di stimolare la condivisione e il confronto nell’equipe professionale, proponendo la medicina narrativa come strumento utile a perseguire il benessere dell’operatore” (Ausl Piacenza, 2025).

A questo documento si intreccia il secondo momento di riflessione, cioè la medicina narrativa, tematica trattata durante il nostro percorso di master in salute collettiva.

La medicina narrativa può essere considerata uno strumento utile in quanto offre l’opportunità di pensare ed affrontare le malattie non solo come conoscenze cliniche da parte del professionista ma anche come vissuto soggettivo del paziente sulla malattia e come percezione sociale della malattia.

Il documento *Linee di Indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative* declina i seguenti ambiti di azione della medicina narrativa (ISS, 2015):

- Prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione;
- Aderenza al trattamento;
- Funzionamento del team di cura;
- Consapevolezza del ruolo professionale e del proprio mondo emotivo da parte degli operatori sanitari e sociosanitari;
- Prevenzione del burnout degli operatori e dei caregiver;
- Promozione ed implementazione dei PDTA;
- Ottimizzazione delle risorse economiche;
- Prevenzione dei contenziosi giuridici e della medicina difensiva.

Appare evidente come si voglia intrecciare il concetto di “*cure*”, cioè trattamenti clinici e cura dei sintomi, con quello di “*care*”, prendersi cura di qualcuno o qualcosa. Quest’ultimo pensiero si sofferma sul significato morale delle relazioni, sulle difficoltà e sui conflitti tra curante e

curato, sulle asimmetrie di potere insite nel rapporto di cura e sui confini che cerchiamo di mantenere tra i corpi.

Visto tutto ciò, la domanda iniziale di come creare quelle condizioni di aiuto che possano portare ad un miglioramento del benessere degli infermieri potrebbe trovare risposta nel processo di relazione che la medicina narrativa propone.

Si tratta di declinare il concetto di spazio pubblico della cura, di come creare uno spazio collettivo dentro gli ospedali, dentro le singole unità operative, con le persone che abitano questi spazi, siano essi pazienti, familiari, caregiver, professionisti sanitari.

Come detto, questo può essere intenso come un ripensamento del processo di cura che, partendo da un perno centrale, il paziente, con la sua storia, i suoi vissuti, le sue esperienze, le sue esigenze, permette di arrivare ad analizzare i vissuti degli operatori sanitari ed intervenire su di essi.

In tal senso, un esempio interessante è quello riportato da una serie di interviste narrative autobiografiche in favore di professionisti della cura impegnati nell'emergenza pandemica Covid-19, con le quali si è inteso allestire uno spazio di ascolto a libero accesso, per dare voce alla soggettività in campo e favorire una condivisione-elaborazione dell'impegnativa esperienza lavorativa vissuta dai colleghi: un'opportunità di cura di sé, così è stata definita e proposta agli operatori intervistati (Alastra, 2022).

Tramite queste, i professionisti delle cure hanno dato voce ai loro vissuti emotivi più ricorrenti e a quelli meno frequenti ed originali, portando anche a riconsiderare in alcuni casi il senso della propria vocazione professionale e della propria esistenza.

L'attenzione di queste interviste si è incentrata su specifici aspetti:

- quello del “valore del gruppo”, inteso come la più significativa risorsa per far fronte alle difficoltà e alle complessità lavorative, riconosciuto dunque come fonte primaria di sostegno emotivo e operativo;
- quello della “cura promiscua”, ossia un modello di cura fondato sul coinvolgimento e l'integrazione di diversi ruoli professionali e livelli gerarchici. Questa dimensione comunitaria si è palesata come attenzione e cura del gruppo, come ascolto e accoglimento delle individualità e unicità in campo. La cura promiscua ha anche significato accogliere le proprie e altrui fragilità e vulnerabilità, di acquisire consapevolezza circa il fatto che dando vita a comunità di cura fondate sul mutuo soccorso, prendendoci cura gli uni degli altri, le nostre vite migliorano e si superano problematiche anche complesse;
- quello dell'opportunità di “raccontarsi”, soprattutto con qualcuno disponibile ad

accogliere le altrui esperienze e vissuti, toccando con mano la potenzialità autoterapeutica della narrazione autobiografica. Le interviste hanno stimolato un posizionamento riflessivo ed un osservarsi da un punto di vista decentrato, risultando altresì una preziosa occasione per riconsiderare i valori a fondamento del proprio agire professionale, per percepirsi nuovamente capaci di ricomporre, di dare un senso alla propria esperienza professionale. Ha portato ad accogliere le proprie fragilità, di prenderle per mano, di approdare a significati inediti e condividerli.

Possiamo affermare che andrebbe messa in discussione l'attuale cultura organizzativa nelle aziende sanitarie, rivisitando mission e vision aziendali che, forse, stanno allontanandosi dalla dimensione di cura.

Del resto, così come la cura continua a rimanere ai margini delle agende politiche nazionali, permangono innumerevoli svalutazioni e scarse considerazioni a livello sociale ed economico, nei confronti di chi la cura la pratica (Alastra, 2022). Ciò riguarda senz'altro le organizzazioni sanitarie che appaiono sempre più schiave delle logiche prestazionali, perdendo di fatto il vero significato di cura. Ma proprio la "cura di chi cura" dovrebbe essere sostenuta e rafforzata ad ogni livello poiché tutte le professioni di cura, avendo una parte emozionale insita nel loro lavoro, sono esposte ad un potenziale disagio psicologico che potrebbe provocare conseguenze negative sull'assistenza dei pazienti.

Questo supporto potrebbe avvenire in differenti modi, valorizzando, ad esempio, quelle competenze relazionali "trasversali" che attengono alla capacità di favorire, all'interno dei team, comportamenti collaborativi, un buon clima relazionale, un atteggiamento empatico tra colleghi e la propensione a socializzare i saperi ed a sentirsi parte di un destino comune (Alastra, 2022).

In questo contesto, non dovrebbe mancare un ripensamento dei fattori organizzativi e culturali che alimentano la formazione dei professionisti sanitari, sia quella di base che quella continua; fattori che troppo spesso si dimostrano sordi ed insensibili alle problematiche e ai dilemmi etici che i professionisti della cura quotidianamente incontrano.

In tal senso, sarebbe utile investire in una formazione che sappia porre delle domande sempre attuali rispetto alle "questioni considerevoli" (Mortari, 2015), domande come: "Quale esistenza ognuno di noi conduce sul posto di lavoro?"; "L'attività lavorativa ci aiuta a vivere meglio, a promuovere azioni belle e giuste mentre lavoriamo?"; "Stiamo formandoci per il bene dei nostri pazienti e per il nostro benessere?".

Domande del genere rispecchiano ancora una volta la stretta interconnessione tra le persone malate ed i professionisti della cura, portatrici/tori di aspettative, desideri e significati intrecciati fra loro.

La formazione che viene auspicata potrebbe rivelarsi decisiva anche per la prevenzione del burnout dei professionisti sanitari se essa vada a sostanziarsi in effettive pratiche di cura che riappropriino i professionisti di quella dimensione etico-educativo-politica che sempre insiste sull'agire professionale (Leiter, 2005).

Possiamo affermare che la strada da percorrere, all'interno delle organizzazioni di cura, potrebbe essere quella di creare "luoghi di sosta, di incontri, di interrelazioni" che supportino i processi sopra descritti, attivando e sostenendo lo sviluppo di comunità di pratiche, animando laboratori narrativo-riflessivi per condividere le proprie pratiche, per narrarsi e ascoltarsi reciprocamente, per esprimere idee, emozioni e sentimenti personali ed esercitare insieme la disciplina riflessiva su tutto questo materiale esperienziale (Alastra, 2022).

Coltivare luoghi di cura, introdurre forme di espressione artistiche differenti negli ambienti sanitari non deve significare "creare una piacevole atmosfera". Non si tratta di mitigare contesti oramai iper-tecnicistici e iper-burocratizzati ma di alimentare un genere di conoscenza specifica; la conoscenza personale, per scoprire ciò che siamo realmente (De Monticelli, 1998).

Oggi più che mai i professionisti della cura devono riassaporare il piacere di percorrere una rinascita, di mettersi in gioco in maniera forte e chiara.

Su tutte queste basi, sono convinto che l'utilizzo della medicina narrativa nei contesti sanitari, negli ospedali, nelle unità operative, possa dimostrarsi utile per rafforzare le interconnessioni pazienti-infermieri e per far riacquisire, da parte di quest'ultimi, coscienza di sé stessi, rispondendo al bisogno di miglioramento del benessere dell'infermiere e conseguentemente al miglioramento dell'assistenza promossa nei confronti dei pazienti.

CAPITOLO 2: PRENDERSI CURA DI CHI CURA

2.1 Definire la medicina narrativa

La medicina narrativa nasce negli anni '80, nel contesto della Harvard Medical School, con le riflessioni dei medici e antropologi Arthur Kleinman e Byron Good e viene sistematizzata da Rita Charon alla Columbia University e da Trisha Greenhalgh e Brian Hurwitz, con una serie di articoli pubblicati sul *British Medical Journal*. Kleinman, medico e antropologo, partendo dalla sua esperienza clinica con i pazienti, ripensa al concetto di malattia distinguendolo in due livelli: *disease* e *illness*. Il primo rappresenta la malattia intesa come evento biologico, come “aggressione” o danno subito, rappresenta la malattia come concettualizzata dalla scienza medica; la seconda intende la malattia come evento esperienziale soggettivo di malessere, cioè il vissuto e l’attribuzione di significato soggettivi in risposta all’evento malattia, la sensazione che qualcosa non vada nel proprio corpo, le paure, le aspettative, gli interrogativi e le spiegazioni, il paziente diviene soggetto della malattia, racconta le proprie emozioni, che spesso connettono l’evento della malattia al quadro biografico e al contesto sociale (Kleinman, 1988). A tal proposito, Arthur Kleinman, mostrando come la *disease* non coincida con l’*illness* rivela come sia proprio attraverso il racconto che il soggetto si sforza di dare forma a ciò che la malattia ha disgregato: la frattura tra sé e il mondo, tra corpo e identità, tra esperienza e significato. Vi è un terzo piano, quello della *sickness*, intesa come il processo di socializzazione dell’esperienza di malattia attraverso il quale il malato viene riconosciuto socialmente nel suo *sick-role*, con diritti e doveri annessi (Morsello, 2017).

La medicina narrativa si interessa nello specifico all’*illness* e alla *sickness* del paziente che, in integrazione con la *evidence based medicine*, contribuisce a costruire una visione più ampia e complessa della malattia e della cura, al fine di implementare la relazione clinica e il grado di *compliance* al trattamento del paziente. Come notato da Kleinman stesso, il momento della diagnosi può diventare un vero e proprio punto di scontro tra il *modello esplicativo* del medico e quello del paziente. Spesso si dà per scontato che lasciar parlare il paziente possa portare disordine e perdita di tempo ma in realtà i minuti di racconto da parte del paziente e di ascolto attivo da parte del professionista sanitario possono bastare per costruire una storia che non sia solo anamnesi (Langewitz, 2002).

Il dialogo con la persona malata e fragile diviene il modo per poter dar forma al tempo dell’incontro affinché questo non sia solo tempo clinico e tecnologico ma uno spazio in cui

possa avvenire un confronto, paziente e meditato, tra differenti prospettive. Il tempo di relazione è tempo di cura.

La risignificazione dell'esperienza, in questo contesto, tende dunque ad espropriare il soggetto del proprio vissuto, privilegiando l'attribuzione di significato dall'esterno, da parte del sistema esperto e istituzionalizzato biomedico. Ed è proprio in questa tensione che si colloca la medicina narrativa. Essa non nega la funzione del sapere clinico, ma cerca di restituire alla persona la possibilità di partecipare alla costruzione di significato della propria esperienza. Il racconto diventa così un dispositivo di mediazione tra i due modelli esplicativi. Attraverso la narrazione, il paziente reinscrive la diagnosi nella propria biografia, la collega ai propri affetti, ai propri valori, alle proprie relazioni.

La medicina narrativa, per come è stata sistematizzata da Charon, consiste in una metodologia relazionale di intervento fondata su dialogo, empatia e ascolto in cui il paziente esprime sintomi e sensazioni, spesso utili all'indirizzo diagnostico e terapeutico che, pur essendo importanti, molto spesso non vengono considerati come tali nella relazione clinica. Questo paradigma implica ripensare la malattia come un'esperienza intrinsecamente soggettiva che si carica di significati legati alla storia personale del paziente, e in parallelo, prendere consapevolezza che non si può comprendere un individuo senza capire i suoi mondi, le sue esperienze, vissuti, sensazioni e relazioni.

Vi è dunque una nuova rappresentazione della cura nel contesto moderno della medicina delle evidenze: un intervento clinico-assistenziale, con particolare riguardo alla personalizzazione del percorso di cura, che richiede specifiche competenze che completano e fortificano l'atto stesso della cura. Queste competenze permettono di riconoscere, recepire ed interpretare le storie di malattie e reagirvi adeguatamente (Charon, 2018).

Il concetto di competenze deve essere associato a quello di formazione, al quale la medicina narrativa si lega, tanto degli operatori, quanto dei pazienti stessi. Questa formazione si basa spesso su "una combinazione di attività, che includono la lettura di brani letterari, discussione di gruppo, esercizi di scrittura, laboratori di condivisione di narrazioni tra pari, interviste ai pazienti e scrittura di portfolios. Sembra dunque che i due elementi *core* della formazione basata sull'approccio della medicina narrativa siano: analisi testuale/lettura attenta di brani letterari (poesia, romanzi, testi non finzionali creativi); scrittura creativa/riflessiva (Remein, 2020).

La medicina narrativa è uno strumento esplorativo del mondo del malato e non solo si integra con i valori espressi dall'EBM (l'uso delle migliori prove offre protezione e garanzia al paziente dall'incompetenza professionale) ma offre una strada per andare oltre la capacità di ricerca e valutazione critica della letteratura scientifica centrata sulla singola malattia, per meglio

affrontare i processi decisionali complessi tipici della pratica clinica. Individualizzare le decisioni tenendo in maggior conto, oltre alle evidenze disponibili, il contesto, i bisogni, le preferenze dei pazienti, evitando processi decisionali determinati solo dall'applicazione di regole ed algoritmi rigidi e predefiniti (Greenhalgt, 2014).

La medicina contemporanea basata sulle evidenze non trova affatto un antagonismo con la Medicina Narrativa, anzi, numerose sono le affinità intercorrenti tra i due paradigmi. È essenziale il completamento o, meglio, la ricongiunzione, della Evidence Based Medicine con un rinnovato avvicinamento alla persona, la messa a fuoco della singola specificità. È questo il significato della Narrative Based Medicine (Polvani, 2013).

La narrative Based Medicine punta ad arricchire ed integrare l'approccio clinico basato su EBM, attraverso una valorizzazione degli attori che compaiono nella relazione di cura. Essa porta a valorizzare la storia, l'esperienza ed il punto di vista della persona assistita in un processo di coinvolgimento e condivisione nelle cure, rappresentando il riconoscimento della complessità della persona e della sua testimonianza come malato. Sia la Medicina delle Evidenze sia la Medicina Narrativa offrono delle prospettive, ognuna guidata da un sapere proprio ad ognuna di esse trovando significato in relazione a tale sapere, ampliando così la possibilità di cura.

In questo processo è fondamentale l'atteggiamento del professionista sanitario che richiede le abilità necessarie per ascoltare le narrazioni della malattia, per capire il loro significato, per interpretare queste storie in modo più ampio ed accurato possibile, cogliere il contesto dei pazienti in tutta la sua complessità. Tutto ciò permette di comprendere il vissuto dei pazienti e degli operatori sanitari, i quali aumentano la capacità di capire cosa significa fare un lavoro di cura (Charon, 2018).

La conferenza di consenso *Linee di Indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative* ha individuato nella medicina narrativa una metodologia di intervento clinico assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere ed integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione di un percorso di cura personalizzato (storie di cura). La Medicina Narrativa (NBM) si integra con l'Evidence Based Medicine (EBM) e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci ed appropriate. La narrazione del paziente e di chi se ne prende cura è un elemento imprescindibile della medicina contemporanea fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagoniste del percorso di cura (ISS, 2015).

L'obiettivo è valorizzare lo scambio professionista-utente per promuovere diagnosi più rapide, terapie e progetti di riabilitazione personalizzati, migliore aderenza terapeutica, minore conflittualità, riduzione dei costi nonché i rischi di *burnout* per gli operatori. Inoltre, anche recentemente è stato ribadito che la medicina narrativa può comportare benefici non solo per i pazienti ma anche per i professionisti, poiché questo approccio può “promuovere la comunicazione, la competenza culturale, l’empatia ed il comportamento professionale, sostenendo al contempo la passione e la mitigazione del burnout (Remein, 2020).

Rimettere al centro la relazione di cura significa anche considerare l’intero tessuto relazionale in cui il paziente è inserito: famiglie, reti sociali, contesti di vita e di senso. Queste dimensioni, fatte di discorsi e racconti, rappresentano un patrimonio di significati utile agli operatori per comprendere in profondità la malattia e le direzioni terapeutiche.

La definizione di Medicina Narrativa elaborata dalla Conferenza di Consenso esprime l’idea e la possibilità che l’incontro tra professionista sanitario e la persona malata si trasformi in una relazione clinica, la quale implica una relazione comunicativa, cioè scambio di informazioni, ma anche una relazione biologica, culturale e sociale. Una nuova idea di relazione che superi la relazione clinica intesa come estensione della realtà scientifica sul mondo del malato con le proprie logiche considerate come uniche valide (Cavicchi, 2004).

È tuttavia importante ricordare che la medicina narrativa non si esaurisce nell’ascolto delle storie dei pazienti e di chi prende parte all’esperienza di malattia: essa coinvolge anche l’altro polo della relazione – il professionista della cura – considerato anch’egli come persona, con la propria storia, le proprie emozioni e vulnerabilità. ^[1]_{SEP}

L’uso della medicina narrativa va espresso con rigore e la sua applicazione deve essere guidata dalla ragione e dall’etica. Gli obiettivi incorporati nel concetto di competenza narrativa sono: stimolare la capacità di attenta osservazione ed interpretazione del linguaggio e del comportamento del paziente; sviluppare l’immaginazione e la curiosità sull’esperienza dei pazienti; migliorare l’empatia per il punto di vista dei pazienti e dei loro familiari; incoraggiare la relazione e la connessione emotiva con il paziente; enfatizzare la piena comprensione della persona malata; promuovere la riflessione sull’esperienza ed il suo significato (Charon, 2001).

Attraverso la narrazione l’operatore sanitario può arrivare ad una maggiore conoscenza del vissuto del malato e della sua storia. Questa condivisione può avere una duplice valenza: terapeutica per il paziente e terapeutica per il professionista che se ne prende cura (Polvani, 2013).

L’utilizzo delle narrazioni, dunque, grazie alla competenza narrativa, favorisce la comprensione e l’integrazione dei punti di vista di tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura (medico,

infermiere, paziente, familiari, organizzazione sanitaria). L'obiettivo è quello di ottenere un intervento di cura centrato sulle caratteristiche individuali del paziente in modo da determinare un terreno di collaborazione tra strutture sanitarie e persone sofferenti, così da potenziare le risorse e le capacità di ognuno (Marini, 2012). La medicina narrativa offre dunque la possibilità di rendere il sistema sanitario più efficace, non solo nel curare la malattia, ma anche nel riconoscere e rispettare chi la vive e nel sostenere chi se ne prende cura. Opera in quello spazio intermedio in cui si incontrano il sapere esperto e il sapere vissuto e sociale, creando un campo di co-costruzione del senso. La risignificazione della malattia non è più un privilegio del sistema medico né un atto solitario del soggetto, ma un processo dialogico e intersoggettivo, che unisce competenza professionale ed esperienza incarnata. In questa prospettiva, integrare la dimensione narrativa nelle pratiche di cura e assistenza diventa essenziale in un quadro di umanizzazione dei servizi socio-sanitari, perché consente di costruire relazioni dialogiche in cui la vita si ripara e si ri-significa a partire dall'esperienza soggettiva, dai bisogni, dalle risorse e dalle aspettative delle persone. Nel contesto dei servizi socio-sanitari e territoriali, la narrazione non rappresenta un semplice esercizio comunicativo, ma un vero strumento di osservazione, comprensione e co-progettazione. Essa permette di far emergere bisogni che non sono solo materiali, ma anche affettivi, relazionali e simbolici; consente di costruire fiducia, prossimità e reciprocità tra operatori, pazienti e famiglie; e favorisce la co-costruzione di percorsi di cura personalizzati, rispettosi delle storie di vita, dei bisogni e delle risorse delle persone. [SEP]

L'umanizzazione della cura, del resto, è oggi una delle sfide cruciali dei servizi. Prendersi cura del paziente si traduce in un continuo processo di ascolto delle esigenze e delle preoccupazioni, che maturi in comprensione e dialogo. L'umanizzazione delle cure si nutre e vive di parole, della narrazione, del racconto che il paziente fa di sé e del proprio stato di salute.

2.2 Strumenti e metodologie della medicina narrativa

Gli strumenti utilizzati in medicina narrativa possono essere molteplici e riconducibili tutti alla salvaguardia del benessere fisico, psichico e sociale e che, cosa non di poca importanza, rispecchino e raccontino l'identità di ogni persona.

Tra gli strumenti fondamentali della medicina narrativa si annoverano (Polvani, 2013) (Bert, 2006) (Bert, 2002):

- L'osservazione attenta e l'ascolto cognitivo delle storie dei pazienti. Ciò può avvenire tramite colloquio condotto con competenze narrative e di counseling, tramite l'attivazione di strumenti verbali e non verbali, tramite la predisposizione a comprendere che ciò che dice "l'altro" può avere un senso e che egli è portatore di significati, tramite

la non convinzione di aver compreso tutto, nel non dare mai nulla per scontato, non assumere atteggiamenti di contrapposizione, non dare giudizi di valore;

- Le interviste semi-strutturate. Appartengono alla famiglia delle interviste qualitative. Queste portano ad una narrazione guidata delle esperienze, ad una serie di suggerimenti atti alla ricerca di come una persona affronti un cambiamento del proprio corpo, di come affronti le cure e come la sua vita e quella di chi sta intorno cambi in seguito alla diagnosi di malattia;
- La trascrizione e lettura condivisa dei diari dei pazienti e dei professionisti. Attraverso la lettura del diario il clinico può contestualizzare i dati clinici e diagnostici nella realtà e nel vissuto unico del paziente. Il diario può essere utilizzato dai professionisti sanitari come uno strumento di riflessione, come uno strumento per una migliore relazione terapeutica, vero obiettivo del rapporto tra il professionista sanitario e la persona malata e la sua famiglia;
- La cartella parallela. Può essere intesa come uno spazio dedicato alla registrazione di informazioni, emozioni e pensieri non previsti nella cartella clinica tradizionale. I professionisti sanitari possono avvalersi di annotazioni parallele che consentono di fissare i vissuti, i sentimenti, le emozioni che caratterizzano il loro lavoro di cura. In quest'ottica, la scrittura del professionista sanitario viene definita riflessiva: scrivendo dell'altro (il paziente), si ha l'opportunità di riflettere non solo sulla sua esperienza ma anche su di sé, scrivendo di fatti e pensieri, di interpretazioni, per poter contemplare ciò che si è scritto con un distacco riflessivo. La cartella parallela è uno strumento che è possibile associare alla cartella clinica per andare oltre la malattia e raggiungere la persona. In essa i professionisti sanitari possono scrivere le emozioni e sentimenti evocati nell'incontro con la persona assistita. Non è un diario, né una lettera e non analizza la vita di una persona, è legata ad un singolo paziente o ad una storia e non occorre che riveli informazioni riservate ed inopportune di chi la scrive. L'atto dello scrivere diviene un atto di rappresentazione, che consente di riflettere sugli incontri che formano la pratica quotidiana, riflettendo anche su di sé e su ciò che si vive. Scrivere non è solo riferire e registrare, ma anche scoprire, così da percepire gli eventi o le persone in modo completo (Charon, 2000);
- Briefing narrativo. È basato sulla lettura delle storie dei pazienti, del loro vissuto di malattia e sulle riflessioni degli operatori sanitari coinvolti in questa lettura ed il confronto dei diversi punti di vista può portare ad un livello più efficiente e vantaggioso per la salute del paziente.

2.3 La cura degli infermieri

Dopo aver analizzato, in maniera certamente non esaustiva, le principali caratteristiche della medicina narrativa, in questo paragrafo si vuole riprendere la correlazione esistente tra quest'ultima ed il benessere degli infermieri, valutando ciò che la comunità scientifica ha prodotto in questo ambito di interesse.

Ho effettuato una ricerca in letteratura, tramite *PubMed* e *Google Scholar*, utilizzando le seguenti keywords: “medicina narrativa”, “infermiere”, “benessere”, “organizzativo”, “burnout”.

La consultazione delle banche dati è avvenuta tra settembre 2025 e gennaio 2026.

La stringa di ricerca che è stata utilizzata in seguito è la seguente: “*Narrative medicine*” AND *nurses** AND *organizational well-being* OR *well-being* OR *burnout*.

I filtri di ricerca impostati sono stati:

- Articoli pubblicati negli ultimi 10 anni;
- Full text.

Tra i criteri di inclusione troviamo:

- Articoli appartenenti alla letteratura primaria;
- Articoli in italiano o in inglese;
- Articoli gratuiti full text;
- Setting intra ospedalieri.

Tra i criteri di esclusione troviamo:

- Articoli appartenenti alla letteratura grigia
- Setting extra ospedalieri

Sono stati individuati inizialmente 17 articoli. Dopo eliminazione dei duplicati (5), gli articoli rimasti sono stati 12 e quindi sottoposti a screening. Tra questi sono stati eliminati ulteriormente 5 articoli poiché non pertinenti. Il totale degli studi rimasti è stato di 7, i quali verranno analizzati brevemente di seguito:

1. *Relationship between retention intention, perceived organizational support, and medical narrative ability among nurses: a cross-sectional multy center study* (Li Y. et al., 2025): studio che mira a determinare gli effetti del Supporto Organizzativo Percepito (POS) e dell'Intenzione di Fidelizzazione (RI) degli infermieri sulla loro capacità narrativa (MNA). I risultati mostrano che le relazioni tra POS, RI ed MNA sono tutte significative. Il POS migliora direttamente l'MNA degli infermieri, potenzia la loro RI, confermando la volontà degli infermieri di rimanere presso l'ente di appartenenza. Inoltre, fornisce basi teoriche ed importanti spunti per ottimizzare la gestione delle

risorse umane infermieristiche, stabilizzare il team infermieristico e migliorare la qualità del lavoro infermieristico;

2. *Narrative medicine: An Interdisciplinary Approach to Address Burnout Among the Nursing Workforce* (Perris K. et al., 2023): l'ipotesi dello studio è che l'applicazione di pratiche riflessive, ispirate ai principi della medicina narrativa, possa portare numerosi benefici al sistema sanitario. Non solo migliora l'esperienza del paziente ed i risultati sanitari, ma anche il benessere dell'operatore sanitario. In particolare, la pratica riflessiva può essere uno strumento chiave per prevenire il burnout degli infermieri. L'articolo analizza l'applicazione di un programma di formazione di tecniche di medicina narrativa ad infermieri, presso la Cal Poly Humboldt, università del nord della California. I risultati sono incoraggianti poiché dimostrerebbero che gli infermieri, attraverso la riflessione e l'utilizzo di tecniche narrative, sono in grado di trovare uno spazio sicuro in cui onorare e liberare le emozioni che emergono. Viene inoltre auspicato l'utilizzo di queste attività riflessive anche al di fuori dell'ambiente di formazione, affinché la pratica riflessiva diventi parte della routine lavorativa;
3. *A multi-method quasi experimental study to assess compassion satisfaction/fatigue in nurses, midwives and allied health professionals receiving a narrative medicine intervention* (Dobrina R., 2022): l'obiettivo dello studio è quello di misurare l'impatto di un intervento di medicina narrativa sulla soddisfazione e sulla *fatigue* di infermieri, ostetriche e professionisti sanitari. L'intervento consiste in 20 sessioni di medicina narrativa per un totale di 60 ore. Ai partecipanti è stato somministrato un questionario sulla qualità della vita professionale prima e dopo l'intervento. I risultati dimostrano che l'integrazione di programmi di formazione in medicina narrativa nelle organizzazioni sanitarie può facilitare l'erogazione di cure compassionevoli e sicure, riducendo i sintomi correlati alla "*compassion fatigue*". Viene riferito anche un miglioramento del benessere degli operatori. Tuttavia, viene rimarcato come interventi limitati nel tempo non sono sufficienti per garantire cambiamenti significativi di lunga durata. Sono quindi necessarie politiche che investano in programmi di prevenzione basate sulla medicina narrativa;
4. *Health Care Practitioners and Families Writing Together: The Three Minute Mental Makeover* (Thoele D.G., 2020): l'obiettivo dello studio è di valutare l'efficacia del Three-Minute Mental Makeover (3MMM), uno strumento di scrittura espressiva, per ridurre lo stress ed ottimizzare la comunicazione tra operatori sanitari e pazienti/famiglie. Lo studio afferma che dopo aver partecipato al 3MMM, pazienti,

familiari ed operatori hanno riportato una riduzione dello stress rispetto all'inizio. Inoltre, gli operatori hanno segnalato un miglioramento significativo della comunicazione. Dunque, il 3MMM risulta essere un breve esercizio di scrittura che riduce lo stress per professionisti, pazienti e famiglie;

5. *Better together: Long-term Behaviors and Perspectives after a Practitioner Family-Writing Intervention in Clinical Practice* (Schaufel M. et al, 2021): lo studio analizza un intervento di scrittura espressiva, il Three-minute Mental Makeover (3MMM), che è stato precedentemente associato ad una riduzione dello stress per professionisti, pazienti e famiglie. L'obiettivo di questo studio di follow-up era valutare l'uso a lungo termine della scrittura e delle prospettive dopo la partecipazione al 3MMM. Questo è risultato essere un intervento breve e guidato che sembra avere benefici a breve e lungo termine per i pazienti, parenti e professionisti. Viene auspicato la messa in atto di ulteriori studi poiché potrebbero essere utili per determinare come il 3MMM possa essere utilizzato al meglio dai professionisti con i loro pazienti;
6. *The Relationship Between Narrative Medicine and Nurse and Nurse Practitioner Well-Being* (Thabault P., Gesner E., 2026): la Medicina Narrativa è emersa come strategia per supportare la pratica clinica riflessiva e la resilienza emotiva tra gli infermieri. Questo studio ha esaminato le relazioni tra le pratiche di medicina narrativa e il benessere tra gli infermieri. I risultati confermano che l'impegno nelle pratiche di Medicina Narrativa è associato ad un miglioramento del benessere tra infermieri. Viene auspicato che la Medicina Narrativa potrebbe rappresentare una strategia promettente per ridurre il burnout e rafforzare la resilienza professionale;
7. *Enhancing ICU care with nurse-written diaries* (Bosco V. et al, 2024): questo studio ha esplorato i temi trattati nei diari scritti dagli infermieri in terapia intensiva ed il loro impatto sul lavoro infermieristico e sulla comunicazione. Dall'analisi sono emerse due tematiche principali: l'uso di strategie di semplificazione per ridurre la complessità ed il disagio delle esperienze in terapia intensiva e una forte attenzione alla comunicazione non verbale. Lo studio fa emergere che i diari offrono agli infermieri una pratica riflessiva che aumenta la soddisfazione lavorativa. Inoltre, contribuiscono a migliorare la comunicazione ed il supporto emotivo all'interno dell'ambiente di terapia intensiva.

Dall'analisi degli articoli sopra citati possiamo trarre alcune considerazioni:

- 3 articoli mostrano una correlazione tra la medicina narrativa ed il miglioramento del benessere degli infermieri;
- 2 articoli mostrano una correlazione tra la medicina narrativa ed un possibile

miglioramento del burnout degli infermieri;

- 2 articoli dimostrano un miglioramento della comunicazione, sia nel team, sia con pazienti e familiari, grazie all'utilizzo di tecniche narrative;
- Vengono analizzati anche i miglioramenti, sempre in relazione alla medicina narrativa, della soddisfazione lavorativa, del supporto emotivo, dello stress e della *fatigue*, definita come una forma estrema, persistente e debilitante di stanchezza fisica, emotiva e cognitiva, non proporzionale agli sforzi compiuti e che non migliora con il riposo;
- Interessante è l'aver trovato in due articoli l'utilizzo del Three-Minute Mental Makeover (3MMM), un breve strumento di scrittura da utilizzare nella pratica clinica, che consiste nella scrittura simultanea da parte dell'operatore sanitario e del paziente/familiare, utilizzando i seguenti punti: scrivi 3 cose per cui sei grato, scrivi la storia della tua vita in 6 parole, scrivi 3 desideri che hai. Successivamente si ha una condivisione di quanto scritto all'interno del gruppo.

La sensazione, personale, è che più la medicina narrativa metta radici all'interno delle istituzioni sanitarie, più si percepisce la sua potenzialità, cercando di sperimentare nuove metodologie di applicazione della stessa, magari più "*smart*", più leggere, come il caso del 3MMM.

La letteratura sopra proposta sicuramente non è ricca in termini numerici, ma la percezione è che il campo esplorato, cioè la relazione tra medicina narrativa ed il miglioramento delle condizioni di benessere degli infermieri, sia in espansione.

Inoltre, cosa da non sottovalutare, tutti gli articoli proposti hanno in comune due raccomandazioni. La prima riguarda l'importanza della formazione di chi si appresta a utilizzare la medicina narrativa, per poter acquisire quelle competenze necessarie richieste dalla stessa. La seconda riguarda le tempistiche e cioè l'importanza che percorsi, progetti, interventi di medicina narrativa, per essere efficaci non siano limitati nel tempo.

CAPITOLO 3: IL PROGETTO

3.1 La presentazione del progetto

La volontà di mettere in pratica i concetti esplicitati nei capitoli precedenti, cioè trovare applicazioni pratiche che diano un supporto concreto ai colleghi infermieri, ha cominciato a prendere forma nell'estate 2025. A partire da un incontro residenziale nell'ambito del percorso del master, il confronto con alcune colleghe ha portato all'idea di sviluppare un progetto che possa andare in questa direzione.

Sono così nati due gruppi di lavoro, uno sull'Azienda USL di Piacenza ed uno sull'Azienda USL di Parma, con il fine ultimo di applicare la medicina narrativa all'interno di realtà lavorative di interesse specifico. I due filoni, ognuno con i propri rappresentanti, si sono mossi per strade autonome ma con la chiara volontà, per il futuro, di attuare un confronto tra le due esperienze che verranno messe in campo per provare a ragionare su possibili differenze, analogie, criticità emerse, punti di forza e cercare di ricavare spunti di riflessione utili per il proseguimento dei progetti stessi.

La progettualità che si vuole sviluppare nel contesto Piacentino, insieme alla collega Riboli Stefania, nasce sicuramente da due vissuti ed esperienze lavorative differenti ma che affluiscono verso un obiettivo comune, cioè trovare metodologie di aiuto concreto per gli infermieri che migliorino sia il benessere del professionista sia l'assistenza erogata. Il tutto partendo dal "basso", ascoltando direttamente bisogni e vissuti degli operatori.

Si è partiti da un'analisi del contesto professionale infermieristico all'interno dell'Azienda USL di Piacenza che ha messo in evidenza alcune criticità:

- Elevato rischio di burnout. Gli infermieri riportano elevati livelli di stress lavoro-correlato, esaurimento emotivo e sovraccarico relazionale, con conseguenze negative sul benessere personale, sulla qualità dell'assistenza e sulla continuità delle cure;
- Difficoltà nel conciliare vita privata e lavoro. La turnistica, la carenza di personale e la complessità assistenziale crescente rendono difficile mantenere un equilibrio soddisfacente tra ambito lavorativo e ambito personale. Questa condizione contribuisce ad un calo del benessere, alla riduzione della motivazione ed a maggiore vulnerabilità allo stress;
- Percezione di scarso riconoscimento sociale e professionale. La sensazione di non essere valorizzati per le proprie competenze cliniche, relazionali ed organizzative produce degli

effetti negativi alimentando un senso di frustrazione, riducendo il senso di appartenenza ed incidendo negativamente sulla motivazione individuale e di gruppo;

- Criticità organizzative sui luoghi di lavoro. Vi è la presenza di diversi fattori che creano ambienti di lavoro ad alto stress nel lungo periodo come carichi assistenziali elevati, dinamiche comunicative non sempre efficaci, difficoltà nei processi decisionali e nella gestione dei conflitti, spazi fisici non sempre adeguati e necessità di una maggiore coesione interprofessionale.

Da questa cornice di partenza, il primo passaggio è stato quello di prendere contatto con la Responsabile Innovazione e Sviluppo Organizzativo Professionale del Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali. Questo primo incontro, avvenuto a fine settembre 2025, ha permesso di esporre le nostre riflessioni ed il nostro intendo circa l'attività progettuale che si voleva andare a proporre all'Azienda. Partendo da presupposti ben documentati (esposti nel primo capitolo quali ad esempio studio BENE 2023, rapporto OASI 2025) e dal percorso di master fino a quel momento sviluppatosi, abbiamo fin da subito ricevuto un feedback positivo ed un notevole interesse per implementare nei contesti lavorativi quanto proposto.

Si è dunque concordato di stilare un format, con le specifiche del progetto che si intende perseguire, da presentare al Direttore Assistenziale dell'Azienda USL di Piacenza, passaggio quantomai essenziale per un duplice aspetto: per ricevere un'approvazione formale a procedere con il progetto e conseguentemente essere autorizzati ad interfacciarsi e "reclutare" tutti gli attori coinvolti; l'avvallo della Direzione, fungendo da "garante", esprime la condivisione dell'obbiettivo rafforzando l'idea progettuale da proporre.

È stata fatta richiesta di appuntamento al Direttore Assistenziale, incontro fissato ad inizio di gennaio 2025. Questo, se da un lato ha rallentato la prosecuzione della messa in atto del progetto, dall'altro ci ha permesso di lavorare sul format avendo a disposizione più tempo per la sua stesura.

Una prima versione del format è stata presentata, a fine ottobre, alla Responsabile Innovazione e Sviluppo Organizzativo Professionale. In quest'occasione ci è stato chiesto di esplicitare meglio, nel format progettuale, la tipologia di interventi di medicina narrativa da proporre ai destinatari dell'intervento educativo.

Dall'esito di una serie di riflessioni sviluppatasi dal confronto con la collega ed in seguito con la nostra relattrice in un incontro tenutosi a novembre, è stata presa la decisione di non dichiarare apertamente nel format la tipologia di interventi che saranno applicati poiché la scelta migliore su quale metodica utilizzare non può essere considerata rigida a priori, giacché la medicina narrativa funziona quando la tecnica si adatta alla persona, valorizzando le necessità umane.

Infatti, nel format da presentare, è previsto un primo incontro, con il gruppo di infermieri appartenenti all'Unità Operativa che verrà selezionata, definito "esplorativo", durante il quale verrà sondata la predisposizione del gruppo verso la medicina narrativa e le necessità/bisogni che possono emergere. Ed è esattamente per questo, cioè per le esigenze che verranno espletate, dal tempo a disposizione, dal contesto, dalla propensione dei discendenti alla narrazione scritta, orale, grafica, che avverrà la scelta delle tecniche di medicina narrativa migliore da utilizzare. Vero anche che durante tale primo incontro non è da escludere l'utilizzo di alcune modalità narrative che permettano ai discendenti di esprimere con maggiore libertà i loro pensieri, le loro emozioni, le loro sensazioni. Come, ad esempio, consegnare loro fogli e biro e mostrare immagini di infermieri con diversi stati d'animo e lasciare libera interpretazione ad una semplice domanda: "cosa provi nel guardare queste immagini?".

È così stato presentato alla Responsabile Innovazione e Sviluppo Organizzativo Professionale, a novembre, il format rivisitato, condividendo le riflessioni espresse in precedenza, format che è stato reso definitivo, per poi essere presentato al Direttore Assistenziale all'incontro tenutosi ad inizio gennaio 2025.

Il progetto così proposto è stato accolto favorevolmente dal Direttore, il quale si è dimostrato fin da subito entusiasta. Si è immediatamente percepito un positivo clima collaborativo e di condivisione di intenti, anche perché, durante tale incontro, è stato fatto notare dal Direttore stesso come più volte, all'interno dell'azienda, si è affrontata la problematica riguardante il benessere degli infermieri, con diverse forme di progettualità che di fatto o non sono state portate a termine o non hanno prodotto risultati utili. La raccomandazione ultima che ci è stata rivolta è stata quella di non lasciare incompiuto quello che si è iniziato.

Sempre in tale sede, si è cominciato a pensare, grazie soprattutto all'aiuto del Direttore che conosce le singole realtà aziendali con più accuratezza, a quale Unità Operativa (U.O.) aziendale rivolgere l'attenzione del progetto e renderla così l'Unità Operativa "pilota".

Rispettando i criteri segnati all'interno del format, l'idea attuale è stata quella di coinvolgere l'U.O. Malattie Infettive, per numero di personale presente, per la non presenza, attualmente, di altre forme di progettualità in essere ed anche per altre due motivazioni: la prima è l'assenza di forme di "aiuto" all'interno della U.O. stessa, come può avvenire in altre realtà (basti pensare ad esempio alla presenza di uno psicologo dedicato al personale dell'U.O. Oncologia, per le caratteristiche peculiari della stessa); la seconda perché storicamente tale U.O. è sempre stata ritenuta come un luogo libero da problematiche importanti, senza particolari segnali di allarme ma che invece potrebbe nascondere degli elementi disturbanti, non espressi, che minano la serenità degli infermieri stessi (ad esempio, basti pensare che dalla pandemia Covid,

probabilmente, l'U.O. Malattie Infettive è quella che di fatto è sempre rimasta sotto pressione ad ogni riacutizzarsi della problematica).

La decisione finale su quale Unità Operativa designare come "pilota", tenendo conto delle considerazioni evidenziate con il Direttore Assistenziale, sarà presa dopo confronto con il Servizio di Prevenzione e Protezione. Riteniamo infatti che tale organo aziendale, in quanto incaricato ad individuare e valutare i rischi professionali e lo stato di salute degli operatori dell'azienda, possa avere degli elementi di valutazione a noi attualmente sconosciuti che possano indirizzarci verso la scelta migliore dell'Unità Operativa "pilota".

Di seguito il progetto proposto all'Azienda USL di Piacenza:

CAPOFILA:

Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali

TITOLO PROGETTO:

Il benessere degli infermieri attraverso l'utilizzo di tecniche di medicina narrativa

RESPONSABILE PROGETTO:

Contini Andrea

UNITÀ OPERATIVE/PROFESSIONISTI COINVOLTI:

Direzione Professioni Sanitarie

U.O. Servizio di Prevenzione e Protezione

Infermieri delle UO selezionate come sperimentazione pilota

Responsabili di Dipartimento, Coordinatori infermieristici delle UO coinvolte

<p>Supporto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicologo del lavoro • Esperti di Medicina Narrativa <p>Droghi Maria Gaetana</p> <p>Riboli Stefania</p> <p>Neri Francesco</p>
--

DATA AVVIO PROGETTO:	DURATA	COMPLESSIVA
	PROGETTO: 2026	

**BREVE SINTESI DELLE CONOSCENZE GIÀ DISPONIBILI
SULL'ARGOMENTO: SITUAZIONE DI PARTENZA/ RAZIONALE**

Il progetto nasce da un percorso formativo svolto nell'ambito del Master di II livello in *Salute Collettiva e Health Approach* dell'Università di Parma, dove sono stati approfonditi temi di salute collettiva, medicina di genere, medicina narrativa e pratiche integrate.

Nel modello brasiliano di salute collettiva, gli interventi nascono “dal basso”, ascoltando direttamente bisogni e vissuti della popolazione e dei professionisti. Questo approccio è alla base dell'idea progettuale: comprendere il vissuto degli infermieri mediante

strumenti narrativi, per individuare criticità e risorse sui luoghi di lavoro. La letteratura mostra come la Medicina Narrativa possa favorire:

- la riflessività e il senso profondo del lavoro di cura
- sostenere il self-care del professionista e la consapevolezza delle proprie risorse
- migliorare la relazione di cura e il clima di équipe
- possibile riduzione dello stress lavoro-correlato

La letteratura internazionale e nazionale segnala un aumento di burnout tra i professionisti sanitari, con impatto negativo su benessere individuale, qualità delle cure, turnover e intenzione di lasciare la professione

Cambiare le relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie Ricerche, progetti, esperienze A cura di Vincenzo Alastra, Micol Bronzini, Marco Ingrosso - Salute e Società – Health & Society 2022

Revisione e studi quasi-sperimentali mostrano che interventi strutturati di medicina narrativa (gruppi di narrazione guidata) possono contribuire a sostenere la **soddisfazione professionale** e il senso di empowerment, anche se interventi troppo brevi non sono sufficienti, da soli, a modificare significativamente indicatori complessi come burnout

A multi-method quasi-experimental study to assess compassion satisfaction/fatigue in nurses, midwives and allied health professionals receiving a narrative medicine intervention

Raffaella Dobrina, Livia Bicego, Manuela Giangreco, Andrea Cassone,

Silvana Schreiber, Sara Buchini, Maria Piazza, Barbara Muzzatti, Patrizia Rigo

Più recentemente, studi sulla **“medical narrative ability”** dei professionisti hanno evidenziato una relazione positiva tra competenze narrative, supporto organizzativo

percepito, soddisfazione lavorativa, qualità della relazione con il paziente e riduzione dello stress lavoro-correlato, con potenziali ricadute anche sull'intenzione di permanere nella professione e nel processo di fidelizzazione verso la propria struttura lavorativa di appartenenza.

Inoltre, fornisce basi teoriche ed importanti spunti di riflessione per ottimizzare la gestione delle risorse umane.

Medical narrative ability and humanistic care ability of Chinese clinical nurses: The mediating role of empathy ability (Y. Yu et al., 2025)

Relationship between retention intencione, perceived organizational support, and medical narrative ability among nurses: a cross-sectional multy-center study (Yanjia Li, Rong Zhang, Limei Kang and Guoting Ma, 2025)

Il progetto si integra con il programma regionale **Workplace Health Promotion (WHP)**, che promuove il benessere dei dipendenti nei luoghi di lavoro al quale anche l'AUSL di Piacenza ha aderito.

CRITICITA' EMERSE

L'analisi del contesto professionale infermieristico all'interno dell'AUSL di Piacenza evidenzia una serie di **criticità trasversali** che rendono necessario l'avvio di interventi mirati al benessere organizzativo. In particolare:

1. Elevato rischio di burnout

Gli infermieri riportano livelli crescenti di stress lavoro-correlato, esaurimento emotivo e sovraccarico relazionale, con conseguenze negative sul benessere personale, sulla qualità dell'assistenza e sulla continuità delle cure. Tale fenomeno è ampiamente documentato

dalla letteratura nazionale e internazionale ed è riconosciuto come una delle principali minacce alla tenuta del sistema sanitario (vedi Dati prevenzione protezione).

2. Difficoltà nel conciliare vita privata e lavoro

La gestione dei turni, le carenze di personale e la complessità assistenziale crescente rendono difficile mantenere un equilibrio soddisfacente tra sfera professionale e familiare. Questa condizione contribuisce a un calo del benessere psicologico, alla riduzione della motivazione e a maggiore vulnerabilità allo stress (questionario).

3. Percezione di scarso riconoscimento sociale e professionale

Molti professionisti riportano la sensazione di non vedere adeguatamente valorizzata la propria competenza clinica, relazionale e organizzativa. Tale percezione alimenta senso di frustrazione, riduce il senso di appartenenza e incide negativamente sulla motivazione individuale e di gruppo (questionario).

4. Criticità organizzative nei luoghi di lavoro

Permangono elementi che influiscono sul clima lavorativo: carichi assistenziali elevati, dinamiche comunicative non sempre efficaci, difficoltà nei processi decisionali e nella gestione dei conflitti, spazi fisici non sempre adeguati e necessità di una maggiore coesione interprofessionale. Questi fattori contribuiscono a creare un ambiente percepito come poco sostenibile nel lungo periodo.

OBIETTIVO GENERALE:

Promuovere il benessere psicologico, relazionale e professionale degli infermieri dell'AUSL di Piacenza attraverso l'introduzione strutturata di pratiche di Medicina Narrativa all'interno dei contesti assistenziali, in coerenza con il programma WHP.

OBIETTIVI SPECIFICI:	EVIDENZE DI RISULTATO	INDICATORI PER IL MONITORAGGIO
Introdurre metodologie narrative, relazionali e comunicative nei contesti assistenziali	<ul style="list-style-type: none">• Partecipazione attiva alle sessioni• Esplicitazione di vissuti e criticità• Individuazione di aree migliorabili• Maggiore senso di appartenenza e consapevolezza professionale	<ul style="list-style-type: none">• Numero partecipanti per sessione• Numero sessioni annue• Tasso di completamento del percorso• Questionari pre/post di soddisfazione/appartenenza

OBIETTIVI SPECIFICI:	EVIDENZE DI RISULTATO	INDICATORI PER IL MONITORAGGIO
Prevenzione del burn-out	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione del tasso di assenteismo tra i partecipanti • Partecipazione attiva a progetti nelle UO • Partecipazione ad eventi formativi • Cambiamento delle abitudini di vita verso uno stile di vita sano 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasso assenteismo • Tasso di partecipazione ad eventi formazione e/o crescita professionale • Tasso di creazione di nuovi progetti da parte del personale

CRONOGRAMMA DELLE AZIONI PREVISTE

1. Socializzazione del progetto “Il benessere degli infermieri attraverso l’utilizzo di tecniche di medicina narrativa” con i responsabili della DPSS dell’AUSL di Piacenza e il Presidente del master in Salute Collettiva e Healt Approach dell’UNIPR e il servizio di prevenzione protezione aziendale
2. Individuazione di una metodologia di medicina narrativa funzionale allo scopo progettuale e di eventuali professionisti esperti da coinvolgere
3. **Selezione UO in funzione della sperimentazione** e calendarizzazione incontri in

base alle informazioni raccolte e analizzate grazie alla collaborazione del SPP Aziendale

4. Calendarizzazione di date e incontri per testare la metodologia proposta
5. Raccolta e sbobinatura di quanto emerso dagli incontri
6. Valutazione delle problematiche riscontrate
7. Individuazione e proposta di azioni di miglioramento
8. Applicazione e successiva valutazione delle azioni intraprese nel tempo

INNOVAZIONI ATTESE E TRASFERIBILITA' RISULTATI:

- Prima applicazione strutturata della Medicina Narrativa come strumento di benessere organizzativo per gli infermieri dell'AUSL Piacenza.
- Integrazione originale con il programma WHP.
- Modello replicabile in altre UO dell'AUSL di Piacenza
- Possibile produzione di evidenze scientifiche utili alla comunità infermieristica.

3.2 Il futuro del progetto

Il prossimo passaggio progettuale prevederà un incontro con il Direttore del Servizio di Prevenzione e Protezione per richiedere il coinvolgimento dell'organo da lui presidiato. Come detto in precedenza, il coinvolgimento del servizio ci appare fondamentale per definire in maniera ultima l'Unità Operativa "pilota".

Inoltre, vista la finalità del progetto e vista la responsabilità del Servizio di Prevenzione e Protezione nei confronti della salute dei dipendenti, non è da escludere un coinvolgimento anche diretto del Servizio stesso e non solo di tipo consulenziale.

Ad oggi, dopo aver fatto richiesta formale di incontro al Direttore del Servizio di Prevenzione e Protezione, siamo in attesa di un appuntamento formale.

Contestualmente, ci si sta muovendo per individuare uno o più esperti/e di medicina narrativa da coinvolgere nel progetto. L'idea è quella di avvalersi di figure con una competenza ben specifica nella materia, che abbiano nel loro background sia studi dedicati sia la partecipazione ad attività di medicina narrativa ben definiti. La presenza di queste/i professioniste/i è quantomai essenziale perché rappresentano, secondo la nostra visione, il perno centrale su cui far ruotare tutto il progetto, per la buona riuscita dello stesso. Sono figure che dovranno fungere da facilitatori e formatori allo stesso tempo (sia per noi promotori, affinché si possa diventare noi stessi parte integrante di chi è in grado di guidare un'attività di medicina narrativa, sia per i discenti stessi), che siano capaci di avere un approccio multidisciplinare, che sappiano gestire i vissuti, che abbiano un ascolto attivo nei confronti di chi parteciperà al progetto.

Ad oggi, abbiamo individuato due tutor del corso di laurea in Infermieristica che rispecchino questi requisiti.

Abbiamo avuto un primo incontro esplorativo con esse, per illustrare il progetto con relativo format, da dove trae origine, le sue finalità. È stato evidenziato in questa sede che una delle intenzioni del progetto stesso è quella di non applicare singoli interventi di medicina narrativa, one shot, limitati nel tempo ma, così come riportato in letteratura, l'auspicio è quello di creare una progettualità che sia di lunga durata, che accompagni il gruppo nel tempo. Questo è importante poiché implica un impegno, in termini di durata temporale, importante da parte dei partecipanti ed ovviamente anche da parte degli esperti e dei promotori stessi.

Contestualmente è stato chiesto se ci fossero dei suggerimenti per eventuali modifiche/migliorie al progetto stesso, vista la loro competenza in materia.

Da questo incontro, le colleghe hanno espresso la volontà di prendersi del tempo per pensare se dare la loro disponibilità a aderire al progetto, visto l'impegno che si prospetta. Sicuramente abbiamo ricevuto un feedback positivo nell'aver suscitato interesse e curiosità nei confronti di

questa iniziativa.

Appena verranno definiti questi due aspetti sopra illustrati, si potrà procedere alla messa in atto delle fasi più “operative”, partendo dal primo incontro con gli infermieri che sarà fondamentale per declinare una serie di aspetti più specifici, ad esempio quali metodologie e tecniche di medicina narrativa utilizzare, quali attività, quali tempistiche.

Le sensazioni ricavate dopo tutti questi passaggi finora effettuati sono molteplici.

Si constata, fino a questo momento, sicuramente un allungamento delle tempistiche dovuto al fatto di dover effettuare quei passaggi formali previsti dalla nostra Azienda di appartenenza. Vero anche che ciò ha portato e porterà ad avere quei confronti essenziali ed opportuni per avere le giuste garanzie di successo del progetto stesso.

Abbiamo trovato, da parte delle persone finora coinvolte, una buona predisposizione all’ascolto, un interesse attivo verso ciò che si vuole proporre in relazione alle finalità ultime e cioè utilizzare la medicina narrativa come uno spazio di riflessione indispensabile in contesti clinici, come un metodo di auto-cura che aiuta a proteggere la propria salute, mantenendo viva la motivazione nel prendersi cura degli altri.

Siamo ben consci che il percorso che vorremmo intraprendere sarà lungo, e non vuole essere in assoluto limitato nel tempo.

Alla fine di questo percorso sarà indispensabile “mettere insieme i pezzi”, per raccogliere quanto emerso dai vissuti dei colleghi infermieri, le loro sensazioni, le loro problematiche. Per far questo sarà richiesto un attento lavoro di rivisitazione degli incontri che verranno svolti, così da effettuare anche interventi di categorizzazione delle tematiche principali che emergeranno, sempre considerando i vissuti personali di ogni partecipante.

I risultati che emergeranno dovranno essere illustrati sia alla Direzione Assistenziale sia al Servizio di Prevenzione e Protezione cosicché da programmare, se il caso, azioni di intervento in contesti ben specifici, per poter cercare di dare risposte possibili alle necessità che si riscontreranno.

Ricordiamo che il tutto si muove dentro i confini di un’applicazione progettuale “pilota” legata ad una singola realtà lavorativa, che ovviamente ha sue peculiarità specifiche.

Un secondo step, soprattutto se quello fin qui proposto porterà a risultati positivi, in termini di miglioramento relazionale all’interno dell’equipe di cura ed in termini di benessere degli infermieri, sarà quello di proporre lo stesso percorso, con gli interventi migliorativi del caso se verranno richiesti, ad altre Unità Operative dell’Azienda USL di Piacenza, in modo da formalizzare, nel futuro, questo tipo di intervento come un valore qualitativo aggiunto per l’Azienda stessa.

CONCLUSIONI

Volendo sintetizzare che tipo di interrelazione possa esistere tra medicina narrativa e la professione infermieristica possiamo provare a immaginare il rapporto tra questi due “elementi” come un qualcosa di profondo e circolare: la medicina narrativa funge da ponte per trasformare la relazione di cura da fonte di stress a risorsa di benessere, potendo potenzialmente prevenire il burnout degli infermieri.

D'altronde proprio nel Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche viene rimarcato che *“il tempo di cura è tempo di relazione”*. Questo fa capire come la figura dell'infermiere sia totalmente immersa in questa attività che richiede una messa in campo di energie notevoli.

Ciò provoca una forte tensione emotiva sulla figura infermieristica, già sottoposta ad altri tipi di pressioni di tipo più strutturali, come ad esempio la carenza di personale o le retribuzioni non adeguate alle responsabilità che si hanno, o di tipo personale, poiché ogni professionista in questione è comunque un essere umano, dotato di una sua sensibilità, di una sua sfera privata che non può essere dissociata totalmente dall'ambiente lavorativo.

L'insieme di tutto ciò provoca uno stato di malessere, che può sfociare anche in vere e proprie forme di burnout, alle quali si deve cercare di dare risposta, utilizzando metodologie e strumenti idonei.

L'intendo di utilizzare la medicina narrativa come strumento che vada a rafforzare le interconnessioni pazienti-infermieri e infermieri-infermieri, aiutando così i professionisti ad elaborare le emozioni, riconoscere i propri limiti e ritrovare il significato della cura, per poi trarne giovamento in termini di benessere, di prevenzione al burnout e di miglioramento dell'assistenza promossa nei confronti dei pazienti, sta alla base del progetto proposto all'Azienda USL di Piacenza.

Il progetto si trova ancora nella sua fase embrionale, per ciò che attiene la sua messa in opera, ma sicuramente fa intravedere margini di potenzialità nel raggiungimento degli obiettivi prefissati. Questo perché si è riscontrato un notevole interesse verso ciò che è stato proposto ed uno spiccato clima collaborativo da parte degli attori fin qui coinvolti. Ci si riferisce soprattutto all'appoggio dato dalla Direzione Assistenziale, che risulta fondamentale per una buona “sponsorizzazione” del progetto.

A livello personale, non nascondo i timori iniziali sul fatto che la proposta progettuale che si volesse proporre non avesse suscitato particolare interesse presso la nostra Azienda. Nonostante

la medicina narrativa sia ormai un approccio metodologico alla cura consolidato da diversi decenni, la preoccupazione che le problematiche delle quali oggi il Sistema Sanitario Nazionale soffre (di tipo economico/finanziario, di risorse umane, di tipo organizzativo), unitamente all'iper-tecnicismo che ancora predomina all'interno delle Unità Operative di un ospedale, mi hanno portato ad essere dubbioso sull'interesse che potesse muovere tale progetto, poiché visto potenzialmente come "poco importante" rispetto a problematiche più cocenti.

Questo timore è stato dissolto quando si sono invece incontrati l'unione di intendi di chi ha proposto il progetto e di chi lo ha recepito.

I prossimi passaggi, ormai prossimi, permetteranno di applicare sul campo la nostra proposta, cosicché da provare a dare ai colleghi infermieri un supporto necessario per il miglioramento delle loro condizioni lavorative, soprattutto dal punto di vista relazionale, con conseguenze sul loro benessere.

Ultimo tassello da inserire in questa progettualità è il futuro confronto con l'esperienza che le colleghe di Parma stanno portando avanti in parallelo, poiché riteniamo che la condivisione e lo scambio di esperienze, di proposte, di vissuti, di sensazioni, possano essere elementi arricchenti e di crescita reciproca, che possano portare un surplus di esperienza da restituire sotto forma di cura a chi della cura ne fa mestiere e vocazione.

REFERENZE

- Alastra V., Bronzini M., Ingrosso M.: *Cambiare le relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie. Ricerca, progetti, esperienze*. Salute e Società, FrancoAngeli s.r.l., Milano
- Ausl Piacenza (2025): *Piano delle Azioni Positive dell'Ausl di Piacenza 2023-2025*
- Bergen A., While A. (2005): *Implementation deficit and street-level bureaucracy: policy, practice and change in the development of community nursing issues*. Health and Social Care in the Community 13(1)
- Bert G. (2006): *Per un migliore rapporto tra medico e malato: un traguardo possibile*. Recenti Progressi in Medicina
- Bert G., Quadrino S. (2002): *Parole di medici, parole di pazienti. Counseling e narrativa in medicina*. Il Pensiero Scientifico Editore
- Bosco V., Mercuri C., Giordano V., Froio A.M., Comisso D., Nocerino R., Guillari A., Rea T., Mastrangelo H., Uchmanowicz I., Simeone S. (2024): *Enhancing ICU care with nurse-written diaries*. Nursing in Critical Care
- Capua I. (2020): *Salute circolare. Una rivoluzione necessaria*. Egea, Milano
- Cavicchi I. (2004): *La clinica e la relazione*. Bollati Boringhieri Editore
- Charon R. (2000): *Literature and medicine: origins and destinies*. Journal of the Association of American Medical Colleges
- Charon R. (2018): *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*. Raffaello Cortina Editore
- Charon R. (2001): *The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust*. JAMA, pp.286
- Craven R.F., Hirnle C.J. (2004): *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*. Edizione italiana a cura di Nebuloni G., Casa editrice Ambrosiana
- De Monticelli R. (1998): *La conoscenza personale. Introduzione alla fenomenologia*. Guerini, Milano
- Dobrina R., Bicego L., Giangreco M., Cassone A., Schreiber S., Buchini S., Piazza M., Muzzatti B., Rigoni P. (2023): *A multi-method quasi experimental study to assess compassion satisfaction/fatigue in nurses, midwives and allied health professionals receiving a narrative medicine intervention*. Journal of Advanced Nursing
- Erasmus E. (2014): *The use of street-level bureaucracy theory in health policy analysis in low- and middle- income countries: a meta-ethnographic synthesis*, Health Policy and Planning
- Greenhalgh T., Howick J., Maskrey N. (2014): *Evidence based medicine: a movement in crisis*. BJM

- Kleinman A. (1988): *The Illness Narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York, Basic Books
- ISS, (2015): Conferenza di Consenso. Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative. <https://www.iss.it/-/medicina-narrativa>
- Langewitz W. (2002): *Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study*. BMJ
- Leiter M.P., Maslach C. (2005): *Come prevenire il burnout e costruire l'impegno*. O.S. Organizzazioni speciali, Firenze
- Li Y., Zhang R., Kang L., Ma G. (2025): *Relationship between retention intention, perceived organizational support, and medical narrative ability among nurses: a cross-sectional multy center study*. Frontiers in Health Service
- Lipsky M. (1980): *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation
- Lirussi F., Ziglio E. (2021): *One Health: un approccio e un metodo non più rinviabili*. <http://www.scienzainrete.it/articolo/one-health-approccio-e-metodo-non-pi%C3%B9-rinviabili/flavio-lirussi-erio-ziglio/2021-02-08>
- Marini M., Arreghini L. (2012): *Medicina narrativa per una sanità sostenibile*. Milano, ISTUD-Lupetti
- Mol A. (2008): *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. New York. Routledge
- Morsello B., Cilona C., Misale S. (2017): *Medicina narrativa. Temi, esperienze e riflessioni*. Roma, Trepress
- Mortari L. (2015): *Filosofia della cura*. Cortina, Milano
- Perris K.D., Donahue E.J., Zytoskee A.M., Adsit J. (2023): *Narrative medicine: An Interdisciplinary Approach to Address Burnout Among the Nursing Workforce*. Humboldt Journal of Social Relations
- Polvani S., Sarti A. (2013): *“Storie di malattia e di cura” in Medicina narrativa in Terapia Intensiva*. Franco Angeli
- Remein C.Dif. et al (2020): *Content and outcomes of narrative medicine programmes: a systematic review of the literature through 2019*. BMJ Open
- Schaufel M., Moss D., Donovan R., Li Y., Thoele T.G. (2021): *Better together: Long-term Behaviors and Perspectives after a Practitioner Family-Writing Intervention in Clinical Practice*. The Permanente Journal

Sperling D., Shadmi E., Drach-Zahavi A., Luz S. (2022): *Nurse champions as street-level bureaucrats: Factors which facilitate innovation, policy making, and reconstruction*. *Frontiers in Psychology*

Studio BENE (2023): In burnout 6 infermieri su 10. Qualità delle cure e sicurezza dei pazienti a rischio. <http://fnopi.it/2023/12/13/studio-bene-burnout/>

Thabault P.J., Gesner E. (2026): *The Relationship Between Narrative Medicine and Nurse and Nurse Practitioner Well-Being*. *Nursing Reports*

Thoele D.G., Gunalp G., Baran D., Harris J., Moss D., Donovan R., Li Y., Getz M.A. (2020): *Health Care Practitioners and Families Writing Together: The Three Minute Mental Makeover*, *The Permanente Journal*

26° rapporto OASI (2025): <http://cergas.unibocconi.eu/oasi-2025>

RINGRAZIAMENTI

A conclusione di questo elaborato, desidero esprimere riconoscenza a chi mi ha accompagnato durante quest'anno di apprendimento.

Ringrazio Laura e Lorenzo, persone fondamentali nella mia vita, per la pazienza dimostrata e per aver "sottratto" loro del tempo da dedicare a questo percorso di master.

Ringrazio tutto il corpo docenti, per la loro professionalità, passione, energia che sono stati in grado di trasmetterci in ogni singolo momento trascorso insieme.

Ringrazio tutte le colleghe e il collega, per aver condiviso quest'anno ricco di nuovi saperi, di esperienze, di emozioni, di conoscenza reciproca tra di noi.

Credo che il valore aggiunto di questo percorso che ci si appresta a concludere risieda proprio nel gruppo che si è ritrovato, un gruppo di Professionisti che prima di tutto sono Persone eccezionali, dalle quali credo di poter portare a casa una piccola parte di loro, del loro entusiasmo, del loro modo di affrontare la vita, del loro modo di essere a servizio degli altri e con gli altri.

Grazie infinitamente a tutti.