



UNIVERSITÀ DI PARMA

Università degli Studi di Parma

Dipartimento di Giurisprudenza, Studi politici e internazionali,

Master di II livello in

Salute Collettiva e Health Approach

**Maggiore cura per chi cura: un progetto di
medicina narrativa per gli infermieri dell'ausl
di Piacenza**

Relatore:

**Chiar.mo Prof.ssa
Tosi Cambini Sabrina**

Candidata:

Riboli Stefania

Anno accademico 2024 - 2025

Indice

CAPITOLO 1 - LA SALUTE COLLETTIVA E L'HEALTH APPROACH.....	3
1.1 SALUTE DEGLI INFERMIERI NEGLI ANNI POST PANDEMICI.....	14
CAPITOLO 2 - RIPERCUSSIONI PER LA SALUTE DEGLI INFERMIERI E IL RISCHIO BURNOUT	23
2.1 LA MEDICINA NARRATIVA: UNA POSSIBILE RISPOSTA?.....	30
2.2 LA MEDICINA NARRATIVA: UN APPROCCIO PER GLI INFERMIERI	35
CAPITOLO 3 - PROGETTO PER L'AUSL DI PIACENZA: IL BENESSERE DEGLI INFERMIERI.....	44
3.1 BREVE SINTESI DELLE CONOSCENZE GIÀ DISPONIBILI SULL'ARGOMENTO: SITUAZIONE DI PARTENZA/ RAZIONALE	46
3.2 CRITICITÀ EMERSE	48
3.3 OBIETTIVO GENERALE:	49
3.4 CRONOGRAMMA DELLE AZIONI PREVISTE	50
3.5 METODOLOGIA PREVISTA:	50
3.6 INNOVAZIONI ATTESE E TRASFERIBILITÀ RISULTATI:.....	51
CONCLUSIONI.....	53
Bibliografia	55

CAPITOLO 1 - LA SALUTE COLLETTIVA E L'HEALTH APPROACH

La salute collettiva è un approccio interdisciplinare e sociale che mira a promuovere il benessere, prevenire le malattie e prolungare la vita attraverso l'impegno coordinato di società, istituzioni e comunità. A differenza della classica sanità pubblica, si concentra sulla salute come fatto sociale, politico ed economico, integrando il "prendersi cura" in una prospettiva comunitaria e territoriale, come previsto dal DM 77/22 in Italia.

Il paradigma teorico-metodologico di salute collettiva, nato in Brasile, si fonda sull'idea di salute come fatto sociale, politico ed economico e chiama in gioco la comunità, il terzo settore, i movimenti sociali organizzati, utilizzando un approccio strategico per attuare i processi di cambiamento richiamati negli indirizzi normativi nazionali in particolare in Italia nel DM 77/22, dove sono indicati i nuovi modelli per l'assistenza territoriale. Il paradigma teorico-metodologico di salute collettiva, nato in Brasile, si fonda sull'idea di salute come fatto sociale, politico ed economico e chiama in gioco la comunità, il terzo settore, i movimenti sociali organizzati, utilizzando un approccio strategico per attuare i processi di cambiamento richiamati negli indirizzi normativi nazionali in particolare in Italia nel DM 77/22, dove sono indicati i nuovi modelli per l'assistenza territoriale.

La salute collettiva in Brasile è un campo interdisciplinare, nato nel contesto del Sistema Unico de Saúde (SUS), focalizzato su pratiche comunitarie, equità e determinanti sociali della salute. Il sistema sanitario è misto (pubblico/privato) e la salute primaria è gestita dal Governo Federale; questa tipologia di organizzazione sanitaria si concentra sulla salute mentale, la prevenzione delle malattie infettive (es. dengue, zika) e la riduzione delle disuguaglianze.

In Brasile, la Salute Collettiva (Saúde Coletiva) non è solo un termine medico, ma un vero e proprio campo di sapere e pratica sociale nato negli anni '70 come alternativa alla classica "sanità pubblica" di stampo occidentale.

Il Programma di Salute della Famiglia (PSF), attualmente denominato "Strategia per la salute della famiglia (FSE)", è il modello prioritario per l'assistenza primaria

all'interno del Sistema Sanitario Unificato Brasiliano (SUS), creato nel 1994. Secondo la letteratura, attraverso una revisione di essa, non esiste un altro Paese che abbia implementato un programma di assistenza sanitaria primaria simile a quello del Brasile: un programma mirato a sviluppare l'integrazione e il supporto al Programma di Salute Familiare; una strategia per estendere le azioni dell'assistenza sanitaria primaria alle famiglie e una strategia filosoficamente radicata nell'idea di dare voce alle popolazioni emarginate e di porre l'unità familiare al centro come attore principale per l'efficacia dell'assistenza sanitaria primaria.

L'assistenza sanitaria primaria incorpora i concetti di equità in salute e include l'istituzione di meccanismi che consentano alle popolazioni emarginate di esprimere le proprie preoccupazioni in materia di salute e di cercare rimedi per risolverle, attraverso i consigli sanitari comunali. I consigli sanitari comunali (MHC) sono direttamente responsabili dell'allocazione delle risorse finanziarie per la salute, provenienti dai governi federali e statali, garantendo un collegamento diretto tra le preoccupazioni sanitarie delle comunità povere e l'allocazione delle risorse per la salute. I MHC sono assemblee permanenti e democratiche di funzionari governativi, operatori sanitari, professionisti e cittadini. Il loro mandato è quello di consolidare le politiche sanitarie e promuovere l'equità in ambito sanitario. A tal fine, sviluppano strategie sanitarie, gestiscono le politiche sanitarie e supervisionano la distribuzione delle risorse finanziarie per i servizi sanitari di base¹.

L'obiettivo di questo nuovo sistema di salute, è riorientare il modello di assistenza sanitaria, concentrandosi sulla promozione della salute, sulla prevenzione delle malattie e sul monitoraggio continuo a domicilio e in reparto, con team multidisciplinari.

Nel processo di cambiamento del modello sanitario per la popolazione brasiliana, il Ministero della Salute (MS) ha utilizzato due strategie sanitarie primarie:

¹ Smolentzov VMN. Topografia da desigualdade social e saúde em Aracatuba-SP. [Topography of social inequality and health in Aracatuba-SP.] Doctoral Thesis, Pontificia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brazil: 2006.

1. il Programma degli Agenti Sanitari della Comunità (PACS)²,
2. il Programma di Salute della Famiglia (PSF)

A livello nazionale, il PACS (Community Health Agent Program) è stata la prima strategia ad essere implementata, creata per contribuire a promuovere e prevenire la salute a livello familiare e locale, attraverso azioni semplificate e in conformità con i principi della Conferenza di Alma-Ata. Dando inizialmente priorità ai bambini e alle donne in età fertile, ha svolto un ruolo importante nella riorganizzazione dell'assistenza primaria attraverso un metodo di lavoro basato sui concetti di area di copertura e azioni preventive. A tal fine, ha proposto di sostituire l'enfasi sulla cura con la promozione della salute. L'attore principale di questa strategia è stato l'operatore sanitario di comunità. Al fine di comprendere in modo maggiormente esaustivo e approfondito il ruolo dei PACS, è stata condotta una ricerca su pubmed al fine di individuare studi e articoli che confermassero o smentissero la reale attività e utilità di queste figure.

Nello studio “Community health agent program: perception by patients and health service workers³” sono state condotte interviste a due focus group composti dai pazienti e dai PACS; le informazioni emerse da entrambi i focus group coincidono, seppur con visioni differenti dei risultati poiché vengono osservati, da un lato con l'occhio della popolazione che riceve i trattamenti e, dall'altro sono osservate con gli occhi dei PACS. Tra gli importanti fattori emersi vi è l'estrazione degli agenti di salute, il fatto che l'agente sanitario comunitario risieda nella comunità è di fondamentale importanza per costruire un rapporto di fiducia con i residenti, che si sentono più a loro agio a parlare dei propri problemi con qualcuno che condivide la stessa realtà. Questo rende i confini tra lui e gli altri abitanti molto più permeabili. L'attività svolta dai PACS è di natura multidisciplinare e multiprofessionale; tutti i professionisti, insieme al coordinatore, si riuniscono settimanalmente per discutere

² Effectiveness of community health agents' actions in situations of social vulnerability. Margareth S. Zanchetta^{1*}, Susan McCrae Vander Voet², Wilson GalhegoGarcia^{2,3}, Vera Maria N. Smolentzov³, Yves Talbot², Monica Riutort², Amine Maria M. F. Galhego⁴, Thiago J. de Souza³, Rodrigo S. Caldas³, Edwaldo Costa³, Ma'rcia M. Kamikihara⁵ and Se'rgio Smolentzov⁵. HEALTH EDUCATION RESEARCH Vol.24 no.2 2009 Pages 330–342 Advance Access publication 21 May 2008

³ Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde Community health agent program: rception by patients and health service workers. Flávia Mauad Levy 1 Patrícia Elizabeth de Souza Matos 1 Nilce Emy Tomita 1

dei casi a loro assegnati e delle eventuali necessità e/o evoluzioni delle condizioni dei pazienti. Dall'analisi dell'articolo emerge inoltre che gli agenti comunitari svolgono un lavoro in piena sinergia con le politiche del sistema sanitario nazionale ma, calano le specifiche politiche sanitarie, nella realtà e nelle famiglie che hanno in carico; un esempio concreto può essere l'educazione sanitaria che offrono alle famiglie rispetto alle condizioni igieniche, allo spreco di cibo, alle attenzioni che devono avere in caso di malattie quali ipertensione e diabete, sino all'educazione sanitaria alle madri rispetto allo svezzamento e all'importanza delle vaccinazioni. Tutte queste "attenzioni" sono però calate all'interno della famiglia, dell'unità abitativa e alle dinamiche specifiche di quel nucleo familiare, pertanto gli interventi non possono essere standardizzati ma devono necessariamente essere personalizzati, rimanendo all'interno di una cornice di politica sanitaria nazionale⁴.

"Mi occupo di una famiglia che ha bisogno di attenzione, poiché la madre soffre di depressione, la sorella ha un problema psichiatrico e la figlia è in cura da uno psicologo. In genere perdo mezza giornata di lavoro in questa casa. Agiamo come psicologi, offrendo consulenza alle famiglie che hanno problemi di salute e sociali e ci considerano un amico."

"Viene qui, fa domande, mi controlla la pressione sanguigna, ho avuto un ictus e non riesco a muovermi da un lato. La situazione è migliorata molto da quando è venuta a lavorare qui, l'attenzione che ci riserva è molto buona."

"Viene a casa mia per vedere se stiamo bene, se abbiamo bisogno di medicine o di qualsiasi aiuto, e ci dice di andare al Centro Sanitario."

Le dichiarazioni di questi attori dimostrano una concordanza tra la proposta PACS e la pratica degli operatori della comunità, corroborata dalla soddisfazione mostrata dall'utente⁵. Dall'analisi dell'articolo emerge chiaramente come le condizioni di vita e di salute della popolazione siano nettamente migliorate dall'arrivo degli agenti di

⁴Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública 2002; 18:1639-46.

⁵ Nunes ET. Agentes tornam-se amigos dos assistidos. Jornal da Cidade, Bauro, 9 set. 2001, Jornal da Cidade nos Bairros; 2001. p. 4.

salute, come dato oggettivo si osserva anche un aumento della richiesta e dell'accesso alle unità di base di salute. La popolazione non accedeva ai servizi per paura, vergogna e anche per ignoranza rispetto ai propri bisogni e rispetto alle risposte fornite; gli agenti comunitari hanno colmato questo gap, grazie alle conoscenze dei servizi ma soprattutto grazie alla presa in carico reale delle famiglie. Le persone si fidano di loro, li conoscono e li considerano amici. Svolgono inoltre attività per gli anziani, non solo sanitarie ma anche comunitarie, organizzano uscite e circoli di accoglienza e mutuo-aiuto, consentono alle persone di ritrovarsi in luoghi informali e di passare del tempo insieme prevenendo così solitudine e depressione e, di conseguenza, condizioni di disagio sociale e una serie di complicanze sanitarie dettate dalla solitudine e dalla depressione tipiche dell'età senile.

Le conclusioni proposte nell'articolo confermano le buone pratiche di salute apportate dai PACS e confermano inoltre che sono in linea con quanto delineato dal piano sanitario nazionale brasiliano.

La seconda strategia è la PSF. Questa, secondo il Ministero della Salute, dovrebbe essere intesa come: “modello sostitutivo della tradizionale rete di base - di copertura universale, ma assumendo la sfida del principio di equità”, è riconosciuta come una pratica che richiede un'elevata complessità tecnologica nei campi della conoscenza e dello sviluppo di competenze e cambiamenti negli atteggiamenti.⁶

La Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria di Alma-Ata⁷ del 1978 ha avuto un impatto fondamentale sulla sanità pubblica in Brasile, ispirando direttamente la creazione del Sistema Unico de Saúde (SUS) e il modello di assistenza sanitaria universale nel paese. La Dichiarazione di Alma-Ata ha definito la salute come un diritto umano fondamentale e non solo l'assenza di malattie, influenzando la Costituzione brasiliana del 1988, che stabilisce la salute come "diritto di tutti e dovere dello Stato".⁸ La Carta del 1988⁹ e le successive leggi del

⁶ Brasile. Ministero della Salute. Salute della famiglia: una strategia per riorientare il modello sanitario. Brasilia: Ministero della Salute; 1997

⁷ Revista Perspectivas de Salud, La revista de la Organización Panamericana de la Salud, Volumen 8, Número 1, 2003

⁸ From Alma-Ata to Astana: why primary care is relevant to occupational health professionals? Marcia Bandini 1, Sergio Roberto de Lucca 1

1990 (Legge 8.080/90)¹⁰ hanno creato il Sistema Unico de Saúde (SUS), che adotta l'assistenza primaria come strategia principale per soddisfare le esigenze sanitarie, rispecchiando i principi di Alma-Ata. Ispirata dai principi di Alma-Ata, la Strategia Salute della Famiglia è diventata il perno dell'assistenza sanitaria brasiliana, integrando azioni preventive e curative e coprendo oltre il 70% della popolazione. Il modello brasiliano, in linea con Alma-Ata, garantisce la partecipazione sociale (Consigli di salute) nel processo di costruzione e orientamento delle politiche pubbliche. L'adozione di questi principi ha permesso al Brasile di ridurre drasticamente la mortalità materna e infantile, nonostante le sfide persistenti legate alle iniquità sociali e alla frammentazione dei servizi in aree remote. Questo, il più grande programma di sanità pubblica al mondo, ha aumentato la copertura vaccinale e ridotto drasticamente l'incidenza delle malattie contagiose e la mortalità materna e infantile. Un migliore controllo delle malattie non trasmissibili ha aumentato l'aspettativa di vita, che attualmente è di 72 anni per gli uomini e 79 anni per le donne, con conseguente prolungamento della vita produttiva dei lavoratori.

Un'altra conferenza internazionale, nel 2018, ha ribadito l'impegno dell'OMS per l'assistenza primaria e la copertura sanitaria universale con il motto "Salute per tutti"¹¹.

In sintesi, il SUS è considerato una delle attuazioni più ambiziose dei principi di "Salute per tutti" stabiliti ad Alma-Ata nel 1978.

Il Sistema Sanitario Unificato Brasiliano¹² (SUS) , che comprende tutto, dai semplici controlli della pressione sanguigna alle cure primarie fino ai trapianti di organi , garantisce un accesso completo, universale e gratuito a tutta la popolazione del

⁹Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasil: Presidência da República; 1988 [cited 20 Dec 2018]. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

¹⁰ Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasil: Presidência da República; 1990 [cited 20 Dec 2018]. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

¹¹ World Health Organization. Declaration of Astana [Internet]. Astana: World Health Organization; 2018 [cited 20 Dec 2018]. Available at: <https://www.who.int/docs/defaultsource/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

¹² Ministero della Salute. Fondazione Nazionale per la Salute. Coordinamento della Salute Comunitaria (1994). Salute in casa: Programma di Salute Familiare (PDF). Brasilia: Ministero della Salute.

Paese. Con la sua creazione, il SUS ha garantito l'accesso universale al sistema sanitario pubblico, senza discriminazioni. L'assistenza sanitaria completa, e non solo quella medica, è diventata un diritto per tutti i brasiliani, dalla gravidanza a tutta la vita, concentrandosi sulla salute e sulla qualità della vita, puntando alla prevenzione e alla promozione della salute.

La Strategia per la Salute della Famiglia (ESF) è un modello innovativo che pone la salute al centro dei bisogni dell'individuo, della famiglia e della comunità. Svolge un ruolo cruciale nella riorganizzazione dell'Assistenza Sanitaria Primaria (SAPS) in Brasile, allineandosi ai principi del Sistema Sanitario Unificato (SUS).

Riconosciuta come priorità dal Ministero della Salute e dai dirigenti statali e comunali, l'ESF ha guidato l'espansione, la qualificazione e il consolidamento dell'Assistenza Primaria, promuovendo un riorientamento del processo lavorativo con un grande potenziale di rafforzamento dell'assistenza. Oltre ad aumentare la capacità di problem-solving e a generare impatti positivi sulla salute degli individui e delle comunità, l'ESF si distingue per la sua efficacia e l'eccellente rapporto costi-benefici nel contesto della salute pubblica.

La Strategia per la Salute della Famiglia (ESF) si basa sul lavoro di équipe multidisciplinari e considera le specificità territoriali, culturali e sociali, sviluppando azioni sanitarie basate sulla conoscenza della realtà locale e dei bisogni della sua popolazione. Queste équipe lavorano in modo integrato e complementare, promuovendo un maggiore accesso, equità e una migliore qualità dell'assistenza. Il modello ESF mira a rafforzare la prossimità e il legame tra l'unità sanitaria, gli utenti e le loro famiglie, facilitando l'accesso e la continuità delle cure.

L'ESF svolge un ruolo centrale nel consolidamento di un'assistenza continua e completa, articolata con la Rete Sanitaria (RAS). Questo approccio mira a implementare pratiche di lavoro che tengano conto dei determinanti sociali della salute, dei rischi e dei danni per la salute della popolazione. Attraverso la collaborazione tra diversi settori e livelli di assistenza, l'ESF promuove soluzioni integrate e sostenibili, contribuendo alla costruzione di un sistema sanitario più inclusivo ed efficiente.

L'obiettivo principale è promuovere la salute, prevenire le malattie e offrire cure/riabilitazioni affrontando i fattori di rischio della comunità. Non si agisce pertanto sul singolo individuo ma su una comunità che ha bisogni ed esigenze di salute specifiche. Il team sanitario familiare (ESF) è composto almeno da un medico, un infermiere, un assistente infermieristico e agenti sanitari comunitari (ACS)¹³.

Ufficialmente, il lavoro con gli operatori sanitari comunitari ha avuto origine nel 1987, quando è iniziato un esperimento con gli operatori sanitari comunitari nell'ambito del Programma di Emergenza, creato a seguito della siccità verificatasi tra giugno 1987 e giugno 1988. Per avviare il programma in modalità di emergenza, sono state selezionate seimila donne provenienti dall'entroterra del Ceará. Il criterio di selezione prevedeva che gli operatori sanitari comunitari fossero scelti tra donne povere, poiché l'idea era quella di garantire uno stipendio mensile durante il periodo di siccità, ma con donne in grado di svolgere il lavoro, conosciute e rispettate dalla comunità, indipendentemente dal loro livello di istruzione.

Con lo scioglimento del Programma di Emergenza nell'agosto del 1988, l'impatto del lavoro svolto dagli agenti sanitari fu così grande che il governo dello Stato decise di istituzionalizzare l'agente sanitario attraverso un nuovo programma, il Programma degli Agenti Sanitari (PAS), creato con Decreto n. 19.945 del gennaio 1989¹⁴ e successivamente regolamentato dall'Ordinanza n. 232/92 e dal Decreto n. 23.079 del febbraio 1994.¹⁵

Gli Agenti Comunitari di Salute (ACS) sono figure di prossimità che agiscono come ponte tra i cittadini, specialmente i più vulnerabili come anziani soli e caregiver, e i servizi sociosanitari locali. La figura dell'ACS, ispirata al modello internazionale dei Community Health Workers riconosciuto dall'OMS, mira a valorizzare le risorse

¹³ Ávila, Maria Marlene Marques (2011). «O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama». *Ciência & Saúde Coletiva*. 16 (1): 349-360. doi:10.1590/S1413-81232011000100037

¹⁴ Brasile. Decreto n. 232/92 del 15 maggio 1992. Stabilisce gli standard tecnici e operativi per la pianificazione, l'esecuzione, il monitoraggio e la valutazione del Programma degli Agenti Sanitari, istituito con Decreto Statale n. 19.945 del 2 gennaio 1989, e prevede altre misure. *Gazzetta Ufficiale dello Stato del Ceará* 1992; 19 maggio.

¹⁵ McAuliffe J. *Analisi critica del Programma degli operatori sanitari comunitari nel Ceará [rapporto finale]*. Fortaleza: SESA; 1994.

locali, andando oltre la sola assistenza formale. I Community Health Workers (CHW) rappresentano una figura imprescindibile per la salute delle comunità.

Per svolgere il ruolo di educatore sanitario popolare, è necessario conoscere e comprendere il contesto socioeconomico e culturale e, in ultima analisi, essere in grado di svolgere questo ruolo. A tal fine, gli operatori sanitari dovrebbero sottoporsi a un processo di formazione che consenta loro di farlo e di comprendere il sistema in cui sono inseriti, nonché i fattori sociali, economici e politici che influenzano le proprie condizioni di vita e quelle delle famiglie che assistono, come determinanti dello stato di salute/malattia. In uno studio condotto¹⁶ rispetto al ruolo degli ACS nei primi tempi in cui erano stati introdotti nella cura e nella gestione della salute collettiva, ci sono state numerose testimonianze da parte degli ACS che denunciano una scarsa formazione completa, e la loro scarsa conoscenza su come affrontare alcuni dei fattori di salute nella comunità che limita le loro azioni. Occorre ricordare che, all'inizio del progetto erano persone che provenivano direttamente dalla popolazione stessa, senza una formazione specifica rispetto ad elementi di salute e di malattia.

Per affrontare alcuni aspetti della salute personale e collettiva, sono necessarie azioni integrate con altri settori, come il dipartimento dell'istruzione, il servizio di pulizia urbana e l'agenzia di sorveglianza sanitaria, che non è una pratica comune del team di salute della famiglia. Pertanto, gli agenti sono consapevoli che diversi fattori sanitari esulano dalla portata delle loro azioni di routine, ma non prevedono modi per ampliare il loro raggio d'azione. Purtroppo mancando conoscenze specifiche in ambiti di salute infantile si possono fornire informazioni errate alla famiglia e/o alla comunità e questo magari alimenta credenze popolari antiche che non permettono di fornire cure necessarie ai bambini e talvolta normalizzano comportamenti che andrebbero invece modificati (diarrea durante la dentizione come condizione di normalità). Un altro ambito in cui mancavano conoscenze specifiche riguarda l'alimentazione e la nutrizione, i punti deboli sono molteplici, a partire dalla pratica dell'allattamento al seno, con l'introduzione inadeguata di alimenti complementari,

¹⁶ Il Programma degli Operatori Sanitari Comunitari nel Ceará: il caso di Uruburetama
Uno studio di caso del Programma degli Agenti Sanitari della Comunità a Uruburetama, Ceará (Brasile)

sia in termini di tempistica – alcune mamme introducono altri alimenti già dal primo mese – sia in termini di tipologia e preparazione degli alimenti, come l'uso improprio di addensanti del latte (amido) e la diluizione non corretta del latte artificiale, fino alla conoscenza di quali alimenti si possono consumare nel primo anno di vita e come prepararli, puntando non solo al loro miglior utilizzo ma anche alla loro utilizzazione da parte dell'organismo. Oltre agli aspetti individuati come difficili da gestire da parte degli agenti sanitari a causa di limitazioni in alcune conoscenze specifiche, ce ne sono altri la cui limitazione è determinata dal contesto socioeconomico in cui vivono le famiglie, il che ci porta a identificare la seconda categoria empirica. Le condizioni di vita della popolazione monitorata dagli operatori sanitari di comunità in questo studio sono caratterizzate da povertà, mancanza di cibo, condizioni abitative insalubri, acqua contaminata, rifiuti e mancanza di risorse: fattori da considerare nella pianificazione degli interventi sanitari a livello locale e problematiche che gli operatori si sentono impotenti ad affrontare. Secondo le testimonianze degli operatori sanitari, queste problematiche vanno oltre l'ambito degli interventi sanitari così come vengono attualmente svolti.

Questi operatori sanitari, selezionati e formati all'interno delle comunità di provenienza, svolgono un ruolo chiave nel garantire l'accesso ai servizi sanitari di base. I Community Health Workers possono essere uomini o donne, giovani o anziani, alfabetizzati o meno. Tuttavia, ciò che conta di più è la loro integrazione e accettazione all'interno delle comunità.

Il Programma degli Agenti Sanitari Comunitari, istituzionalizzato nel 1991, è stata la prima strategia per l'assistenza primaria in Brasile. Gli ACS operano in territori definiti (clientela assegnata), effettuando visite domiciliari, registrando le famiglie e fornendo assistenza presso l'Unità di assistenza sanitaria primaria (PHCU), garantendo attenzione alla famiglia, legame tra professionisti e utenti, completezza, umanizzazione e partecipazione della comunità. Le azioni che intraprendono riguardano il monitoraggio delle donne in gravidanza, dei pazienti ipertesi, dei diabetici, le vaccinazioni, salute infantile, assistenza agli anziani e iniziative di educazione sanitaria.

Il Community Health Approach è una metodologia essenziale per affrontare le sfide sanitarie integrando determinanti sociali, economici e ambientali. Offre ai giovani laureati opportunità di formazione avanzata e sbocchi professionali in salute pubblica. Con una crescente attenzione globale, promuove non solo la salute individuale ma anche benefici economici e sociali, migliorando la coesione e sostenibilità comunitaria.

Nell'ambito della salute pubblica, il Community Health Approach rappresenta una metodologia cruciale per affrontare le sfide contemporanee legate alla salute collettiva. Questo approccio, centrato sulla comunità, mira a migliorare la qualità della vita e il benessere generale agendo direttamente sui determinanti sociali, economici e ambientali della salute. Il focus sulla comunità permette di sviluppare interventi mirati che rispondono alle esigenze specifiche della popolazione, facilitando così una maggiore accettazione ed efficacia delle iniziative sanitarie. Il Community Health Approach è essenziale perché si basa su una comprensione olistica delle esigenze della popolazione, integrando diverse prospettive e settori per affrontare problemi complessi come le disuguaglianze sanitarie. Questo approccio permette non solo di migliorare la salute delle persone, ma promuove anche la coesione sociale e la sostenibilità delle comunità.

L'implementazione di programmi basati sul Community Health Approach può portare a significativi vantaggi economici e sociali. Tra questi, la riduzione dei costi sanitari grazie alla prevenzione delle malattie e il miglioramento della produttività economica dovuto a una popolazione più sana. Inoltre, questi programmi spesso creano opportunità di impiego e sviluppo per i membri della comunità stessa, rafforzando la resilienza economica a lungo termine.

Nel 1920, il prof. Charles-Edward Amory Winslow (CEA Winslow) ha definito la sanità pubblica come la "scienza e l'arte di prevenire le malattie, prolungare la vita e promuovere la salute fisica e mentale e l'efficienza attraverso sforzi organizzati della comunità". Questa definizione classica, che enfatizza l'igiene ambientale, il controllo delle infezioni, l'educazione all'igiene personale e l'organizzazione dei servizi sanitari, ha gettato le basi per la sanità pubblica moderna. Winslow descrive la sanità pubblica come un mezzo per garantire a ogni individuo uno standard di vita adeguato

per la salute, organizzando benefici che permettano a ogni cittadino di realizzare il proprio diritto alla salute e alla longevità.¹⁷

1.1 SALUTE DEGLI INFERMIERI NEGLI ANNI POST PANDEMICI

Fino ad ora abbiamo parlato di comunità, salute collettiva e determinanti sociali di salute; abbiamo parlato di popolazioni specifiche con caratteristiche di salute e con necessità specifiche. In questo quadro generale di bisogni di salute abbiamo inserito gli agenti comunitari di salute che, nel nostro panorama nazionale possono essere identificati negli infermieri di famiglia e negli infermieri di comunità.

Come in Brasile, anche nel nostro panorama nazionale c'è stata la necessità di modificare drasticamente il sistema sanitario che si è visto fallimentare negli anni della pandemia; da quella condizione di salute\malattia generale, è emersa la necessità di cambiare il panorama assistenziale ed è stato necessario interrogarsi sulle modalità di erogazione dell'assistenza; un'assistenza che, a livello territoriale risultava inadeguata, determinando un carico a livello ospedaliero che nessuno era pronto a gestire, soprattutto gli operatori, medici ed infermieri che si sono trovati a dover prendere decisioni non solo di salute ma anche di politica sanitaria. Purtroppo hanno dovuto fare i conti con un sistema inadeguato ad accogliere tanti bisogni di salute, con un'inadeguata formazione e una insufficiente disponibilità di risorse; purtroppo si sono trovati dinnanzi alla scelta peggiore che, questa professione ti porti a fare, chi vive e chi muore generando problemi di carattere etico, professionale e personale.

Dagli anni della pandemia le politiche sanitarie hanno fatto notevoli passi avanti rispetto alle necessità della popolazione.

Attraverso la missione 6 del PNRR sono state individuate aree di intervento e, grazie ai DM 70\2015¹⁸ e al DM 77\2022¹⁹, sono state delineate le linee guida per

¹⁷ The Untilled Fields of Public Health Author(s): C.-E. A. Winslow
Source: Science , Jan. 9, 1920, New Series, Vol. 51, No. 1306 (Jan. 9, 1920), pp. 23-33
Published by: American Association for the Advancement of Science
Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/1645011>

¹⁸ Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

l'applicazione e l'implementazione dell'assistenza territoriale, individuando case della salute, case della comunità, infermieri di famiglia, infermieri di comunità e tutta una serie di indicazioni di politiche generali e locali per migliorare l'assistenza territoriale.

In questo panorama generale, purtroppo, quella che è passata in secondo piano però è la salute del personale sanitario. Nessuno si è mai preoccupato o si è mai chiesto quali sono state le ripercussioni della pandemia sulla salute mentale del personale sanitario; o meglio ci sono stati studi che hanno indagato lo stato di salute degli infermieri ma, nessuno di questi studi si è poi tradotto in un intervento mirato al miglioramento della condizione di salute degli infermieri.

Secondo lo studio “Healthcare Workers after Two Years of COVID-19: The Consequences of the Pandemic on Psychological Health and Sleep among Nurses and Physicians”²⁰, gli infermieri e gli operatori sanitari impegnati in prima linea hanno mostrato una maggiore predisposizione allo sviluppo di sintomi legati a stress, ansia, depressione e alterazione di qualità e quantità di sonno. Lo studio ha permesso di osservare le conseguenze a lungo termine della pandemia su un ampio campione di medici ed infermieri del territorio laziale. Attraverso una specifica indagine retrospettiva, sono state raccolte informazioni relative alla qualità del sonno e alla salute psicologica del personale sanitario. Il campione è stato suddiviso in due gruppi, medici ed infermieri e, dalle valutazioni emerse, sono state evidenziate peggiori condizioni di salute psicologica e qualità del sonno nella categoria degli infermieri. Inoltre, è stato valutato lo specifico effetto del coinvolgimento in prima linea, mostrando anche in questo caso una maggiore vulnerabilità da parte degli infermieri.

¹⁹ DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022)

²⁰ Healthcare Workers after Two Years of COVID-19: The Consequences of the Pandemic on Psychological Health and Sleep among Nurses and Physicians by Valentina Alfonsi 1,*ORCID,Serena Scarpelli 1ORCID,Maurizio Gorgoni 1,2ORCID,Alessandro Couyoumdjian 1ORCID,Francesco Rosiello 3ORCID,Cinzia Sandroni 4,Roberto Corsi 5,Filomena Pietrantonio 3,6,† andLuigi De Gennaro Luigi De Gennaro SciProfilesScilitPreprints.orgGoogle Scholar 1,2,†ORCID. Int. J. Environ. Res. Public Health 2023, 20(2), 1410; <https://doi.org/10.3390/ijerph20021410>
Submission received: 14 December 2022 / Revised: 7 January 2023 / Accepted: 10 January 2023 / Published: 12 January 2023

Inoltre, così come avviene nella popolazione generale, l'esperienza ravvicinata con il COVID-19 (ad esempio aver perso un proprio caro a causa della pandemia) e una maggiore sfiducia nei confronti delle misure contenitive adottate dal Governo sono risultati significativamente correlati allo stato di salute mentale e alla qualità del sonno del personale sanitario.

L'insieme dei risultati sottolinea la persistenza dell'impatto negativo della pandemia sul benessere mentale dei professionisti sanitari, anche a distanza di due anni dall'inizio dell'emergenza. Di conseguenza, si conferma l'urgente necessità di pianificare appositi interventi di prevenzione e contenimento. In particolare, tali interventi dovrebbero essere rivolti soprattutto alle categorie maggiormente a rischio, quali infermieri e operatori sanitari coinvolti in prima linea. Dato il ruolo essenziale del personale sanitario all'interno dei sistemi sanitari, è necessario e prioritario individuare interventi e strategie di trattamento efficaci per aumentare la loro resilienza e per gestire le implicazioni a lungo termine sulla salute fisica e mentale. I risultati dello studio evidenziano l'importanza di sviluppare programmi di intervento e prevenzione mirati che tengano conto dei fattori di rischio e di protezione, soprattutto per i professionisti ad alto rischio, ad oggi, purtroppo, mancano ancora programmi specifici volti a ridurre le conseguenze a breve e lungo termine della pandemia sulla salute mentale del personale infermieristico.

Proseguendo attraverso una revisione della letteratura ed una ricerca di evidenze scientifiche che supportino la tesi che, il personale infermieristico è esausto e con problemi di salute mentale e psicologica derivate dal post pandemia, prendiamo in esame un nuovo articolo²¹, nel quale viene nuovamente ripreso il concetto secondo cui, "la pandemia pone sfide importanti ai sistemi sanitari di tutto il mondo. Gli operatori sanitari di tutti i gruppi professionali si trovano ad affrontare notevoli difficoltà nella gestione della pandemia. Ciò si traduce in numerosi oneri psicologici

²¹ Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemia. Moritz Bruno Petzold 1, Jens Plag 2, Andreas Ströhle 2 Affiliations expand , , PMID: 32221635 PMCID: PMC7100457 DOI: 10.1007/s00115-020-00905-0

e fattori di stress che potrebbero potenzialmente compromettere la salute mentale degli operatori sanitari”.²²

Continuando nell’analisi dell’articolo, emergono alcune strategie che potrebbero essere adottate dal personale sanitario per poter gestire in modo efficace la condizione di stress lavoro-correlato e la condizione di senso di colpa che, molti infermieri riferiscono aver provato durante la loro attività assistenziale. Una delle strategie più efficaci potrebbe essere “lo scambio di informazioni con colleghi che vivono situazioni di stress simili e con i quali è solitamente possibile comunicare apertamente senza restrizioni in materia di protezione dei dati”²³.

Dalle conclusioni dello studio emergono indicazioni rispetto a quello che gli infermieri dovrebbero fare per migliorare la loro condizione di salute mentale e per prevenire eventuali condizioni di ansia, stress e burnout. Tra le indicazioni riportate troviamo:

- accettare le emozioni forti,
- mantenere comportamenti sani e strategie di coping efficaci,
- mantenere i contatti sociali,
- soddisfare i bisogni primari,
- cercare supporto dal proprio team o dai professionisti.

I dirigenti del sistema sanitario possono svolgere un ruolo cruciale nel ridurre lo stress psicologico dei propri dipendenti, trasmettendo apprezzamento e valutando seriamente lo stress psicologico creando così un’atmosfera di fiducia in cui affrontare questa condizione. Dovrebbero creare interventi mirati all’interno delle aziende per promuovere la cura di sé, lo scambio tra pari e, essere disponibili come modello di riferimento per la cura di sé e stabilire una comunicazione chiara con i propri dipendenti e professionisti.

I manager hanno una grande responsabilità e sono esposti agli stessi fattori di stress dei loro dipendenti e, per supportarli nelle loro attività, sono state create le “Linee

²² Inter-Agency Standing Committee (2020) Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 Outbreak-Version 1.1

²³ . International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2020) Mental health and psychosocial support for staff, volunteers and communities in an outbreak of novel Coronavirus

guida per i manager degli operatori sanitari sulla riduzione dello stress psicologico.”²⁴

Secondo queste linee guida, il ruolo dei dirigenti dovrebbe comprendere le seguenti azioni:

1. creare un ambiente lavorativo in cui i dipendenti sentano di potersi rivolgere con sicurezza ai propri supervisor in situazioni di stress e di carico psicologico. Lo stress e il carico psicologico dovrebbero essere presi sul serio e la protezione dei dipendenti da essi dovrebbe essere considerata una priorità assoluta²⁵.
2. Per promuovere l'orientamento, il senso di controllo e l'autoefficacia, i manager dovrebbero anche garantire di fornire ai propri dipendenti tutte le informazioni rilevanti e mantenere una comunicazione chiara e inequivocabile. Inoltre, si dovrebbe garantire che i dipendenti abbiano la possibilità di prendersi delle pause e riposarsi e di adottare le necessarie misure di auto-cura, anche durante i periodi di intenso carico di lavoro.
3. Per sfruttare l'effetto di riduzione dello stress dello scambio tra pari, i manager dovrebbero garantire che i propri dipendenti abbiano l'opportunità di entrare in contatto con gli altri membri del team e promuovere così il supporto tra pari²⁶. Inoltre, i dipendenti dovrebbero essere informati sull'accesso ai servizi di supporto psicosociale e psicologico, assicurando che la ricerca di tali servizi non sia associata a stigmatizzazione.
4. Oltre a prendersi cura dei propri dipendenti, i manager dovrebbero dare priorità anche alla propria cura personale, in quanto rappresentano un importante modello per i propri dipendenti.
5. I leader svolgono anche un ruolo importante nel trasmettere apprezzamento, poiché questo può avere un significativo effetto protettivo sulla salute mentale durante i periodi di crisi. Per prevenire disorientamento e sentimenti di impotenza, anche la definizione di ruoli e responsabilità chiari gioca un

²⁴ Le nuove Linee Guida OMS per la salute mentale al lavoro: soluzioni per manager e dipendenti

²⁵ World Health Organization (2020) Mental Health Considerations during COVID-19 Outbreak. WHO, Geneva

²⁶ Brooks S, Webster R, Smith L et al (2020) The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet 395:912–920

ruolo importante, e questi dovrebbero essere regolarmente adattati alla situazione attuale²⁷.

Continuando nell'analisi di altri studi che supportino la tesi precedentemente esposta, abbiamo trovato l'articolo "Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic"²⁸, nel quale vengono elencati in modo preciso quali sono i fattori che possono determinare un disturbo da stress post traumatico e, vengono inoltre messe a confronto altre condizioni di disastri ambientali o naturali in cui venne richiesta un'immediata e massiccia risposta sanitaria, individuando anche in queste circostanze le cause sottostanti allo sviluppo di patologie da stress post traumatico nel personale sanitario, soprattutto in quello infermieristico.

Lo studio fa riferimento a Schreiber²⁹ che ha condotto uno studio sul personale sanitario impiegato nelle operazioni di recupero durante il tifone Haiyan nelle Filippine nel 2013. Da questo studio era emerso che quando i soccorritori erano esposti a 6 o più fattori di stress traumatici durante il loro intervento, o a una combinazione di 3 fattori specifici (svolgere mansioni al di fuori delle competenze percepite; infortunio, morte o grave malattia di un collega; o sentirsi come se la propria vita fosse in pericolo), erano a maggior rischio di sviluppare disturbo da stress post-traumatico (PTSD) 3 mesi dopo.

Questi 3 fattori specifici sono tra le preoccupazioni più frequentemente identificate dal personale sanitario durante la crisi del COVID-19. Una piccola letteratura evidenzia gli specifici effetti psicologici sul personale sanitario impegnato in interventi su malattie altamente infettive.³⁰ Dopo l'epidemia di sindrome respiratoria

²⁷ International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2018) A guide to psychological first aid. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Copenhagen

²⁸ Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. Cristina Sophia Albott, MD,* Jeffrey R. Wozniak, PhD,* Brian P. McGlinch, MD,† Michael H. Wall, MD,† Barbara S. Gold, MD,† and Sophia Vinogradov, MD‡

²⁹ Schreiber M, Cates DS, Formanski S, King M. Maximizing the resilience of healthcare workers in multi-hazard events: lessons from the 2014-2015 Ebola response in Africa. *Mil Med.* 2019;184:114-120.

³⁰ Tam CW, Pang EP, Lam LC, Chiu HF. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med.* 2004;34:1197-1204

acuta grave (SARS) del 2003 sono stati riscontrati esiti psicologici peggiori nel personale sanitario di età più giovane, di sesso femminile, nel personale infermieristico e in coloro con una salute fisica più precaria.

Dallo studio è nuovamente emerso che il supporto del datore di lavoro sotto forma di consulenza ha avuto un effetto protettivo sullo stress correlato al lavoro.

Tra i fattori di stress specifici con il maggiore impatto negativo sulla salute mentale degli operatori sanitari vengono individuati:

- paura di contrarre l'infezione,
- paura di contagiare altri, compresi i propri cari,
- sentimenti di inadeguatezza, in particolare nell'erogazione delle cure ai colleghi,
- senso di colpa per la sopravvivenza.

Sempre nell'analisi dell'articolo emergono nuovamente delle strategie da poter adottare nei confronti del personale sanitario per prevenire o gestire precocemente eventi di stress post traumatico; tra quelli presentati riappare nuovamente il "mettere in contatto ogni singolo operatore sanitario con i propri colleghi, con la propria unità/dipartimento e con un consulente di salute mentale". La filosofia del "non lasciare indietro nessuno" è fondamentale per evitare che l'operatore sanitario si senta isolato e per migliorare la connessione sociale. Il supporto individuale tra pari consente anche di condividere la propria narrazione, un processo psicologico attraverso il quale gli esseri umani acquisiscono un senso di autoefficacia e uno scopo.

Fino ad ora abbiamo parlato di salute collettiva, health approach, salute mentale dei professionisti sanitari facendo un excursus storico rispetto alla nascita del sistema di salute collettiva e un'analisi, seppur molto ridotta, rispetto alle condizioni psicologiche degli infermieri negli anni post pandemici, tralasciando le difficoltà delle condizioni attuali del Sistema sanitario italiano e della crisi che sta attraversando la professione infermieristica in Italia.

Ma come unire i due argomenti?

L'idea che sta alla base del progetto che di seguito verrà presentato è quella di osservare gli infermieri come una popolazione, come un gruppo sociale o come una comunità. Osservandoli attraverso questa lente di ingrandimento si potrebbero individuare degli interventi di salute collettiva da proporre per migliorare le loro condizioni di salute psicologica e quindi migliorare le loro condizioni lavorative. Si potrebbero quindi applicare i concetti e i precetti che abbiamo elencato prima che riguardano la salute collettiva e l'health approach.

Bisogna però partire da una definizione e da una precisazione per inquadrare gli infermieri all'interno di un gruppo\descrittore sociale. Per fare ciò occorre dare una definizione dei seguenti concetti:

1. popolazione: la definizione di infermieri come "popolazione" (o aggregato) si riferisce all'insieme dei professionisti sanitari che condividono caratteristiche comuni – come formazione, ruolo, luogo di lavoro e obiettivi assistenziali – e che rappresentano una risorsa specifica all'interno del sistema sanitario. La popolazione infermieristica è un sottogruppo professionale definito dall'alto livello formativo, dall'autonomia operativa e da un ruolo etico-deontologico che agisce in risposta ai bisogni di salute della società.
2. gruppo sociale: definire gli infermieri come gruppo sociale significa inquadrarli non solo come professionisti sanitari, ma come un insieme strutturato di individui che condividono un'identità comune, valori, scopi e interazioni sociali specifiche all'interno del sistema sanitario e della società. In sintesi, gli infermieri formano un gruppo sociale coeso che agisce come interprete dei bisogni della comunità e facilitatore dei percorsi di cura, lavorando sia in autonomia che in team multidisciplinari.

Secondo entrambe le definizioni possiamo quindi osservare la categoria degli infermieri sia come popolazione che come gruppo sociale e, come appartenenti a questa categorie, hanno specifici bisogni di salute in quanto condividono valori e scopi comuni e inoltre condividono ambienti e luoghi comuni in cui lavorano; ed è

proprio a “causa” del loro lavoro che sviluppano bisogni di salute comuni, sia come salute mentale che come salute fisica.

Purtroppo le indagini condotte sino ad ora sono state frammentate e soprattutto tipo quantitativo, non valutavano le reali necessità; sono state condotte indagini anche all'interno della nostra ausl ma attraverso questionari con risposte già “confezionate” che non esploravano le reali necessità del personale. Inoltre al termine delle analisi condotte non veniva restituito nulla al personale che aveva partecipato alla compilazione del questionario, generando ulteriore malcontento e senso di abbandono, come se, la loro opinione alla fine, non fosse importante o comunque non offriva niente di interessante per individuare delle soluzioni funzionali.

Il progetto che proponiamo in questo elaborato vuole invece esplorare appieno le necessità degli infermieri della nostra ausl attraverso l'uso della medicina narrativa e proporre poi delle soluzioni alternative rispetto alle problematiche; dove la medicina tradizionale risulta fallimentare è necessario guardare al problema con uno sguardo diverso, è necessario che più professionisti e più professionalità lavorino insieme per rispondere alle necessità che emergeranno dalla ricerca condotta.

Una possibile soluzione potrebbe essere l'approccio attraverso pratiche di medicina alternative come la mindfulness e lo yoga.

CAPITOLO 2 - RIPERCUSSIONI PER LA SALUTE DEGLI INFERMIERI E IL RISCHIO BURNOUT

Riprendendo i concetti espressi fino a qui, ci troviamo quindi a parlare di un gruppo di professionisti, gli infermieri, che hanno avuto ripercussioni notevoli a livello di salute mentale e fisica, dopo la pandemia. Auspichiamo pertanto a proporre un intervento, rispettando i precetti della salute collettiva, per questa “comunità” professionale.

Prima di presentare il progetto che verrà espletato nel capitolo 3, è necessario fare alcune precisazioni rispetto alle problematiche di salute che maggiormente emergono da studi condotti sui professionisti sanitari e sulla loro condizione di salute e, inoltre, sarà necessario approfondire il concetto di medicina narrativa.

La domanda sorge spontanea, perché la medicina narrativa? Come si sposa con le problematiche di salute dei professionisti sanitari?

L'idea e la tesi alla base di questo è elaborato è proprio questa: se la medicina narrativa esplora sfere delle persone che consento di comprendere meglio la condizione di salute e malattia e grazie a questa pratica si crea una relazione funzionale tra utente\paziente e professionista sanitario, perché la stessa tecnica non può essere utilizzata per esplorare le condizioni di salute degli infermieri in questo particolare momento storico? La letteratura a riguardo è molto povera purtroppo però è necessario introdurre dei cambiamenti nel panorama sanitario ma, per fare ciò è necessario innanzitutto esplorare la condizione di salute attraverso delle tecniche narrative perché le modalità utilizzate sino ad ora per indagare lo stato di salute degli infermieri non sono state funzionali; sono stati proposti soprattutto questionari a risposta multipla, oggettivi, che svolgono quindi un'indagine prettamente quantitativa; è vero che sono state somministrate domande che cercano di indagare anche la sfera personale ma in modo superficiale e forse molto diretto senza concentrarsi sulle sfumature; questa è una modalità che raggiunge sicuramente un campione molto più vasto in breve tempo e permette di raccogliere informazioni in breve tempo ma rimane un'indagine superficiale e spersonalizzata; se si vogliono indagare aspetti più “intimi” e profondi per comprendere il reale disagio alla base di

un comportamento o di un atteggiamento, è necessario utilizzare altre tecniche di indagine; ed è qui che entra in gioco l'idea di utilizzare la medicina narrativa per supportare e aiutare gli infermieri.

L'infermieristica è una professione dedicata a fornire il massimo benessere agli altri, ma troppo spesso ciò avviene a discapito della salute degli infermieri stessi. Gli infermieri, spesso ignari delle proprie condizioni psicofisiche, trascurano le complicazioni tipiche del lavoro infermieristico. Tra i vari problemi di salute degli infermieri, quelli correlati alla salute mentale sono i più comuni e, paradossalmente, i più sottovalutati. Il burnout rappresenta solo l'apice di una serie di disagi e difficoltà psicologiche, come la depressione e l'ansia, che lo stoico infermiere nasconde a se stesso e agli altri.

Ci sono fattori stressogeni che possono essere eliminati in modo "autonomo" o che comunque possono essere precocemente riconosciuti e su cui si può lavorare anche in autonomia³¹.

Innanzitutto occorre eliminare lo stress inutile, lo stress inutile è quello che non è necessario subire ad esempio preoccupazioni eccessive che durano troppo a lungo durante il nostro lavoro, togliendo energie invece di impiegarle meglio nella nostra vita personale. Tra questi fattori di stress inutili c'è la costante preoccupazione di quello che pensano gli altri di noi come professionisti, colleghi e superiori; queste continue sollecitazioni portano solo a svolgere il proprio lavoro in uno stato di tensione continua; non è necessario svolgere la professione al meglio per essere apprezzati dai colleghi o dai superiori, ma è necessario farlo per senso personale, per etica del lavoro e soprattutto per rispetto verso i pazienti e gli utenti che quotidianamente incontriamo; la competizione tra colleghi non è mai funzionale, quello che invece può essere di aiuto è una filosofia di miglioramento personale ma non in competizione con altri, semplicemente dovrebbe esserci una competizione con se stessi al fine di raggiungere la proprio miglior versione per offrire un'assistenza

³¹ An exploratory study of nursing tasks that induce physical and mental stress among hospital nurses Younhee Kang a,*,1, Aekyeong Jin b,*,1 a College of Nursing, Graduate Program in System Health Science and Engineering, Ewha Womans University, Seoul, Republic of Korea b College of Nursing, The Graduate school, Ewha Womans University, Seoul, Republic of Korea

ottimale e per svolgere in serenità il proprio lavoro, eliminando così un fattore di stress inutile.

Dagli studi emerge che un altro fattore che causa stress è l'utilizzo dello smartphone; purtroppo, nella nostra quotidianità questo dispositivo, occupa uno spazio davvero importante; siamo perennemente connessi o meglio, abbiamo la necessità di sentirci perennemente connessi con il mondo ma in modo virtuale, abbiamo la necessità di riempire ogni spazio "vuoto" con l'utilizzo degli smartphone e dei social, senza accorgerci del mondo circostante; questa non vuole essere una critica all'utilizzo dei dispositivi e dei social, ma vorrebbe semplicemente essere un piccolo alert rispetto al reale e necessario utilizzo che ne facciamo. Anche la necessità di essere sempre connessi causa stress che potrebbe essere evitato perché controlliamo continuamente lo schermo per ricevere quel messaggio, quel like, quell'attenzione di cui abbiamo bisogno ma che è virtuale; bisognerebbe allontanare il dispositivo ed eventualmente interagire con i colleghi con cui siamo in turno per condividere opinioni e sensazioni.

Un altro fattore a cui porre attenzione è la qualità del sonno; sembra utopico per gli infermieri che svolgono la propria attività su turni, tra cui turni notturni ma è necessario avere il giusto tempo di recupero e cercare di concentrarsi su routine personali che aiutino a migliorare la qualità del sonno.

Da tutte le ricerche condotte è emerso come il lavoro a turni, festivo e notturno, abbia un impatto significativo e spesso negativo sulla vita degli operatori ed in particolare come esso causi difficoltà a conciliare vita personale e lavoro, stress nella vita privata, problematiche fisiche fino ad arrivare a vere e proprie patologie lavoro-correlate (patologie gastro-intestinali o dermatologiche, sterilità, burnout, ecc.). Esaurimento, fatica emotiva, depressione e difficoltà a conciliare vita personale e professionale sono i disturbi più comuni di cui soffrono i professionisti che operano in sanità, ed in particolar modo gli infermieri.

L'Ohio State University negli Stati Uniti ha realizzato il suo primo studio nazionale su grande scala che ha messo a confronto il benessere degli infermieri e il numero di errori medici auto-denunciati. Lo studio, dal nome "A National Study links Nurses'

Physical and Mental Health to Medical Errors and Perceived Worksite wellness”³² aveva come obiettivo quello di comprendere lo stato di salute fisico e psichico dell’infermiere, la relazione tra stato di salute ed errori medici, l’associazione tra benessere lavorativo e lo stato di salute.

Sono stati coinvolti 1790 infermieri; il questionario prevedeva 53 domande ed è stato distribuito in 20 ospedali americani. Sono stati coinvolti solamente gli infermieri che lavorano in ambito clinico e la maggior parte erano donne, con un’età media di 44 anni.

I risultati, pubblicati sul *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, mostrano che un cattivo stato di salute fisico e psichico fra gli operatori sanitari, in particolare per chi soffre di depressione, aumenta il rischio di commettere errori nella pratica clinica fino al 71%. Il 54% degli infermieri intervistati ha dichiarato di avere uno stato di salute fisica e psichica non ottimale e circa la metà di loro ha inoltre riferito di aver commesso errori clinici negli ultimi 5 anni. Circa un terzo ha dichiarato di essere depresso, o di soffrire di ansia o stress e meno della metà degli intervistati ha ammesso di avere una buona qualità di vita professionale.

Nell’analisi dei dati, i ricercatori hanno comparato lo stato di benessere dei singoli infermieri con gli errori medici auto-denunciati; da questa, è emerso come ci sia effettivamente una correlazione tra malessere (soprattutto depressione) ed errori clinici.

La responsabile dello studio, ha affermato che coloro che dirigono e gestiscono gli ospedali dovrebbero promuovere la cultura del benessere e favorire strategie per migliorare il benessere fisico e psichico dei dipendenti. È fondamentale per gli infermieri ed è fondamentale per i loro pazienti. Lo studio conclude affermando che i sistemi di salute dovrebbero essere più attenti e interessati al miglioramento dello

³² A National Study Links Nurses’ Physical and Mental Health to Medical Errors and Perceived Worksite Wellness Melnyk, Bernadette Mazurek PhD, RN; Orsolini, Liana PhD, RN; Tan, Alai PhD; Arslanian-Engoren, Cynthia PhD, RN; Melkus, Gail D’Eramo EdD, C-NP; Dunbar-Jacob, Jacqueline PhD, RN; Rice, Virginia Hill PhD, RN; Millan, Angelica DNP, RN; Dunbar, Sandra B. PhD, RN; Braun, Lynne T. PhD, CNP; Wilbur, JoEllen PhD, APN; Chyun, Deborah A. PhD, RN; Gawlik, Kate DNP, RN; Lewis, Lisa M. PhD, RN *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 60(2):p 126-131, February 2018. | DOI: 10.1097/JOM.0000000000001198

stato di salute degli operatori, non solo per il loro benessere psico-fisico, ma anche per migliorare la qualità delle cure e ridurre i costi secondari ad errori medici.

Il lavoro infermieristico in Italia è sempre più segnato da stress cronico, malattie professionali e carichi di lavoro insostenibili. Lo confermano i nuovi dati Inail tra il 2019 e il 2023 sono state presentate oltre 2mila denunce per disturbi psichici lavoro-correlati e solo nel 2023 le denunce per malattie professionali hanno superato le 72.700, con un incremento del 19,7% rispetto al 2022 e del 61,6% rispetto al 2020. La sanità è il settore più colpito, e tra tutti i professionisti sono proprio gli infermieri a pagare il prezzo più alto.

Il quadro che emerge è quello di una categoria esposta a rischi multipli, fisici e psicologici. Un infermiere in Italia assiste in media 12 pazienti per turno, il doppio rispetto agli standard dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ne prevedono al massimo sei per garantire cure di qualità. A questo si aggiungono turni notturni frequenti, straordinari obbligati, aggressioni verbali e fisiche e demansionamenti che costringono molti professionisti a svolgere mansioni non proprie. Tutti questi fattori, combinati, determinano un aumento dei casi di burnout e disturbi d'ansia, ma anche patologie muscolo-scheletriche legate a sforzi fisici ripetuti e posture incongrue. Le più recenti analisi indicano che almeno un infermiere su tre soffre di depressione: secondo i dati Inail, le malattie psichiche e da stress colpiscono in particolare chi lavora a stretto contatto con il pubblico: i professionisti dell'assistenza sanitaria rientrano tra i più vulnerabili, con livelli di esposizione nettamente superiori alla media nazionale.

Il burnout tra gli infermieri rappresenta una problematica diffusa a livello globale, con impatti negativi sulla sicurezza e sulla qualità dell'assistenza sanitaria, nonché sulla salute stessa degli operatori. Secondo un recente sondaggio condotto su un campione di oltre 2.000 infermieri, il 15,6% ha riferito di essere affetto da burnout. Burnout significa letteralmente "bruciato fuori", ed è caratterizzato da esaurimento nervoso e emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale.

Le professioni d'aiuto sono gravate da una doppia fonte di stress: lo stress personale e lo stress legato alle esigenze della persona assistita.

Questo stress si manifesta come uno stato di stanchezza e sfinimento derivante dal lavoro continuo e stress cronico. Diversi studi confermano che sono necessari programmi di intervento per ridurre il burnout degli infermieri e migliorare la loro qualità di vita.

Il burnout tra gli infermieri è una realtà spesso sottovalutata ma di estrema importanza. Questa condizione può trasformare il lavoro quotidiano in un'esperienza stressante, portando a sentimenti di apatia, cinismo e distacco dall'ambiente lavorativo.

L'esposizione prolungata a queste condizioni stressanti può portare a una serie di conseguenze negative per la salute mentale e fisica degli infermieri, tra cui ansia, depressione, esaurimento emotivo e fisico, nonché depersonalizzazione, ovvero la percezione di distacco emotivo nei confronti dei pazienti.

Lo stress cronico associato al burnout tra gli infermieri può avere un impatto significativo sulla salute fisica e mentale. Questo fenomeno è stato associato a diverse conseguenze³³ della salute fisica:

- Indebolimento del sistema immunitario: sottoporre il corpo a prolungato stato di stress può portare a un suo esaurimento, compromettendo la sua capacità di combattere efficacemente le malattie.
- Indebolimento del sistema cardiovascolare: lo stress cronico può causare un aumento della pressione sanguigna e dei livelli di cortisolo nel sangue. Questo può danneggiare le pareti dei vasi sanguigni e aumentare il rischio di malattie cardiache e problemi di ipertensione.
- Impatto negativo sul sistema neuroendocrino: il burnout tra gli infermieri può interferire con il funzionamento del sistema nervoso e endocrino, influenzando la produzione di ormoni come il cortisolo e l'adrenalina. Questo può portare a una serie di sintomi fisici e psicologici, tra cui affaticamento, disturbi del sonno, ansia e depressione.

³³ Burnout in critical care nurses: a literature review. *Dynamics*, 23(4), 25-31.

Aryankhesal, A., Mohammadibakhsh, R., Hamidi, Y., Alidoost, S., Behzadifar, M., Sohrabi, R., & Farhadi, Z. (2019).

- Impatto negativo sul sistema nervoso centrale: il burnout può avere un impatto negativo sul sistema nervoso centrale, influenzando la funzione cerebrale e il benessere emotivo. Il prolungato stress può danneggiare le cellule nervose e alterare la chimica del cervello, aumentando il rischio di sviluppare disturbi mentali come depressione, ansia e disturbo da stress post-traumatico.

Gli infermieri sono esseri umani soggetti a stress e affaticamento come chiunque altro e quindi è essenziale garantire loro un ambiente di lavoro sano e supporto adeguato per prevenire il burnout. Per prevenire il burnout tra gli infermieri, è cruciale attivare un progetto terapeutico che miri a:

1. ridimensionare le aspettative rispetto al lavoro e all'apprezzamento dagli altri;
2. valorizzare gli aspetti positivi del lavoro e evitare di concentrarsi solo sugli aspetti negativi;
3. coltivare interessi fuori del lavoro per mantenere un equilibrio tra vita professionale e personale;
4. lavorare in team per alleggerire lo stress e le difficoltà lavorative;
- 5. praticare regolarmente attività di rilassamento e gestione dello stress, come la meditazione;**
- 6. promuovere una cultura organizzativa che valorizzi il benessere dei dipendenti e offra supporto psicologico e risorse per il miglioramento del clima lavorativo³⁴.**

Gli infermieri che adottano approcci orientati alla risoluzione dei problemi, alla ricerca di supporto sociale e alla rivalutazione positiva tendono a presentare livelli di burnout più bassi³⁵.

³⁴ Interventions on reducing burnout in physicians and nurses: A systematic review. Medical journal of the Islamic Republic of Iran, 33, 77

³⁵ Ceslowitz, S. B. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. Journal of advanced nursing, 14(7), 553-557.

2.1 LA MEDICINA NARRATIVA: UNA POSSIBILE RISPOSTA?

Che ruolo ha la condivisione oggi?

Siamo di fronte a una sempre più crescente centralità dell'aspetto relazionale e comunicazionale delle cure mediche e del rapporto tra i medici e i pazienti, e tra i vari colleghi.

Il paziente non è più considerato solo come un corpo da curare, ma diviene sempre più importante la dimensione personale, che viene messa al centro insieme alla narrazione della malattia, in modo da promuovere un momento di condivisione con gli specialisti e con altre persone. Questo fenomeno si chiama medicina narrativa o NBM (Narrative Based Medicine), un nuovo approccio alla cura del paziente che mette in risalto l'esperienza personale dell'individuo. La medicina narrativa è un approccio clinico-assistenziale che integra l'evidence-based medicine con il racconto del paziente, dei familiari e degli operatori sanitari. Utilizza la narrazione come strumento per comprendere l'esperienza di malattia, valorizzando il vissuto soggettivo per creare percorsi di cura più personalizzati, efficaci e umani. Ideata per dare valore al vissuto del paziente, la medicina narrativa permette di inserire la sofferenza in un racconto che le dia senso, trasformando le storie in parte integrante del processo diagnostico-terapeutico.

Che ruolo ha la condivisione oggi? Siamo di fronte a una sempre più crescente centralità dell'aspetto relazionale e comunicazionale delle cure mediche e del rapporto tra i medici e i pazienti.

Il paziente non è più considerato solo come un corpo da curare, ma diviene sempre più importante la dimensione personale, che viene messa al centro insieme alla narrazione della malattia, in modo da promuovere un momento di condivisione con gli specialisti e con altre persone.

Questo fenomeno si chiama medicina narrativa o NBM (Narrative Based Medicine), un nuovo approccio alla cura del paziente che mette in risalto l'esperienza personale dell'individuo.

Con il termine “Medicina Narrativa” si intende il racconto da parte di pazienti, parenti ed amici, ma anche da parte di medici, di una personale esperienza medica o assistenziale.

Mediante la narrazione del proprio vissuto di cura, la persona condivide sentimenti, emozioni, paure e preoccupazioni con altri individui, ripercorrendo l’immaginario vissuto e condividendo una personale fase della sua vita. **La medicina narrativa allevia la sofferenza e permette alle persone malate di creare una connessione con altre persone che hanno vissuto la stessa esperienza o che vogliono partecipare e dare conforto al paziente.**

Pertanto la medicina narrativa non serve solo ai pazienti per condividere emozioni ma è una pratica usata per alleviare la sofferenza e per creare una connessione tra persone che hanno avuto le stesse esperienze di sofferenza; quindi perché non utilizzarla per cercare di aiutare gli infermieri?

La medicina narrativa può essere uno strumento utile in quanto offre l’opportunità di pensare e affrontare le malattie non esclusivamente in termini di “disease” (ovvero come conoscenze cliniche del professionista sulla malattia), ma anche come “illness” (vissuto soggettivo del paziente sulla malattia) e “sickness” (percezione sociale della malattia) ed è attuale l’interesse della comunità scientifica per la medicina narrativa.

“Con il termine di Medicina Narrativa (mutuato dall’inglese Narrative Medicine) si intende una metodologia d’intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato (storia 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 e 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 processo di cura”³⁶ (ISS, 2015). La Conferenza di Consenso, nel 2015, ha pubblicato le linee di indirizzo per l’utilizzo della medicina narrativa in Italia in ambito clinico-assistenziale per l’approccio alle malattie rare e cronico-degenerative. Le linee guida sembrano indirizzate ad ambiti specifici della cura e dell’assistenza ma, in realtà, racchiudono spiegazioni e indicazioni generali per l’approccio alla medicina narrativa e al suo utilizzo nella pratica clinica quotidiana.

La MN o (Narrative-Based Medicine – NBM) è definita come una metodologia clinico-assistenziale basata sulla competenza comunicativa, utilizzando la narrazione come strumento per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista nel processo di cura. L’obiettivo è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato. La Conferenza delimita l’ambito della MN al contesto clinico-assistenziale, distinguendola dalla narrazione in senso letterario e dalle “conversazioni” sulla malattia nel web. La MN si concentra sulla narrazione come parte integrante del percorso di cura (diagnosi-terapia-riabilitazione-palliazione). La NBM non è antagonista all’EBM, ma ne riconosce i limiti. Si propone di recuperare quelle dimensioni della cura (aspetti psicologici, antropologici, sociali, etici) che vengono messe tra parentesi dall’approccio scientifico basato sulle scienze naturali. La MN si basa sul concetto di “kairòs” (tempo qualificato) piuttosto che sul “krònos” (tempo cronologico). Non è un tempo extra da dedicare alla narrazione, ma una modalità diversa di “fare medicina” che considera la persona malata nella sua interezza.

Si riconoscono quattro approcci analitici principali: narratologico, fenomenologico-ermeneutico, socio-antropologico e terapeutico. Tra gli strumenti utilizzati si menzionano il colloquio narrativo, interviste semi-strutturate, parallel charts, scrittura riflessiva, narratore vicario, e altri.

Gli approcci principali utilizzati dalla medicina narrativa sono:

1. Approccio terapeutico: si configura come una sorta di terapia alternativa o complementare rispetto ad altre forme di terapia. Questo tipo di approccio si fonda sull’idea che il processo psicoterapeutico sia fondamentalmente uno

³⁶ <https://www.iss.it/hh-medicina-narrativa> Istituto Superiore di Sanità 2015

scambio di significati e che i testi delle narrazioni dei pazienti non abbiano un senso univoco ma una pluralità di significati possibili che dipendono dai processi di creazione di senso tra terapeuta e paziente, dove però il punto di vista privilegiato appare essere principalmente quello del terapeuta.

2. Approccio umanistico-narratologico: fa capo principalmente ai lavori della dottoressa americana Rita Charon, che definisce la medicina narrativa come un'arte di tipo umanistico che permette di riconoscere, interpretare ed essere spinti all'azione dalle difficoltà dei pazienti. In diversi articoli e testi la Charon sostiene che la dimensione narrativa è parte integrante del processo di cura e prevede, da parte del curante, la capacità di utilizzare competenze narrative. Le implicazioni di questo approccio però non si fermano all'ascolto della narrazione del paziente, ma si ampliano proponendo pratiche narrative che favoriscano la riflessione del professionista su sé stesso, con i colleghi e una comunicazione più chiara tra medicina e società.
3. Approccio fenomenologico-ermeneutico: affonda le sue radici nella fenomenologia husserliana, in Heidegger, nell'ermeneutica di Gadamer e nella filosofia di Ricoeur e Taylor. Questo approccio mette in discussione l'idea di una oggettività della modalità di utilizzare le narrazioni di malattia; le narrazioni non sono principalmente uno strumento per raccogliere materiali da elaborare successivamente, ma rappresentano il modo in cui le persone si orientano rispetto ai significati e di conseguenza rispetto alle azioni e alle scelte. L'incontro clinico può così essere letto in chiave ermeneutica come caratterizzato da una molteplicità di testi dotati di natura interattiva e dialogica. La pluralità dei significati rimanda alla pluralità dei punti di vista espressi dalle narrazioni e l'esito dell'incontro di questa molteplicità narrativa può essere una co-costruzione di senso, a patto che il curante sia in grado di facilitare la condivisione delle storie e la loro comprensione.
4. Approccio socio-antropologico: è frutto dell'applicazione dell'antropologia e della sociologia allo studio della medicina. Parte dal presupposto che la medicina sia un sistema culturale che modella la realtà definita "clinica" e l'esperienza che il malato fa della propria malattia. A partire da queste

considerazioni assume particolare importanza la differenza tra disease, illness e sickness. Le storie non si limitano, infatti, a raccontare le esperienze di malattia ma le costituiscono, collegando l'esperienza del singolo al più generale contesto di senso in cui esse avvengono. Questo approccio ha sviluppato un'importante tipologia dei modelli di analisi narrativa, mettendo in luce il rapporto tra l'ordine temporale e la rappresentazione narrativa e sottolineando la struttura e la coerenza testuale nella loro connessione con le funzioni delle narrazioni in rapporto ai diversi contesti sociali, psicologici e culturali. Ha anche studiato le modalità di costruzione delle "trame terapeutiche", che costituiscono lo spazio di una continua rinegoziazione di strutture di significati tra curanti e pazienti. L'esito più rilevante di questo approccio è quindi l'idea della narrazione come una co-costruzione (costruzione condivisa) in cui le diverse visioni alternative, incontrandosi, permettono una nuova comprensione della malattia.

Non vi è un unico strumento "migliore", ma la scelta dipende dal contesto. La MN trova applicazione in tutte le fasi della malattia (prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione, palliazione). I benefici includono una maggiore aderenza al trattamento, miglior funzionamento del team di cura, prevenzione del burn-out degli operatori, e una maggiore consapevolezza del ruolo professionale.

Ripercorrendo la storia dell'umanità si denota come la narrazione sia stata, per secoli, l'unica fonte di comunicazione per tramandare concetti, credenze e informazioni. Con l'avvento della scrittura, questa particolare forma di comunicazione si è via via assopita lasciando il posto a informazioni scritte. Purtroppo però la scrittura, almeno in ambito sanitario e medico-scientifico, ha portato ad un'eccessiva burocratizzazione e all'uso di protocolli, procedure e linee guida che hanno purtroppo determinata una spersonalizzazione delle cure e un'incapacità di "vedere" le persone e i pazienti. Tale risultato inevitabile e, per certi versi, apprezzabile e positivo, ha però generato un progressivo distacco del medico dal paziente. L'insoddisfazione sotto svariate forme si è rivelata essere reciproca. Il medico da un lato quasi impedito di svolgere la sua missione, sommerso da un mare di burocrazia e di incombenze giuridiche e con un rischio elevato di burn-out.

Dall'altro il malato, smarrito e angosciato in un sistema socio-sanitario anonimo e spersonalizzante.³⁷

I maggiori esponenti della medicina narrativa sono Trisha Greenhalgh e Brian Hurwitz³⁸ e Rita Charon³⁹.

Le attuali forme di medicina narrativa attingono generalmente a una vasta gamma di campi teorici esterni alla medicina, tra cui narratologia, teoria letteraria, filosofia continentale, costruttivismo sociale e postmodernismo. I professionisti condividono l'impegno per la lettura attenta, sia che questa venga praticata attraverso lo studio di un'opera d'arte (come un romanzo, una poesia, un film, un dipinto, un'opera d'arte performativa o una scultura) che può – spesso indirettamente – far luce sull'esperienza della malattia e della guarigione, sia esaminando le affermazioni del paziente e del medico nel tentativo di dare un senso a un particolare sintomo o situazione.

2.2 LA MEDICINA NARRATIVA: UN APPROCCIO PER GLI INFERMIERI

Fino ad ora abbiamo parlato di medicina narrativa, della sua origine e dei suoi campi applicativi nonché delle riforme che in Italia hanno permesso di avvicinarsi a questo approccio così funzionale.

Abbiamo appreso come, la relazione di cura che si instaura tra paziente e sanitario sia fondamentale per entrambi e abbiamo visto come, nella relazione, migliorano anche le condizioni di salute degli operatori prevenendo il rischio di burnout e di spersonalizzazione delle cure.

Abbiamo, nei capitoli precedenti, visto come studi condotti sullo stato di salute degli operatori sanitari nel periodo post pandemico, dimostrino la necessità di farsi carico delle loro condizioni da parte delle dirigenze aziendali e di come, approcci finalizzati alla condivisione tra pari di esperienze e di sensazioni

³⁷ Massimiliano Martinelli "Dizionario di medicina narrativa. Parole e pratiche"

³⁸ Dialogue and Discourse in Clinical Practice

³⁹ Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness

possano portare risultati importanti per prevenire e/o gestire condizioni di ansia, stress e burnout.

Proviamo adesso a unire questi due aspetti; la medicina narrativa e la salute degli operatori sanitari.

La medicina narrativa è una metodologia d'intervento basata sulla competenza comunicativa, che utilizza le storie dei pazienti e degli operatori per migliorare la cura, favorendo empatia, ascolto attivo e la gestione del burnout infermieristico. Integra la Evidence-Based Medicine (EBM) con la dimensione umana, trasformando l'infermiere in un "narratore ferito" capace di curare se stesso e l'altro. La medicina narrativa non è una disciplina, o una specializzazione come la cardiologia o la reumatologia, ma una metodologia d'intervento per tutti gli operatori sanitari (medici, infermieri, ostetriche, fisioterapisti, OSS, educatori, etc...) basata su una specifica competenza comunicativa. La medicina narrativa stimola gli operatori ad un atteggiamento mentale, che diventa postura, che permette di scoprire un territorio vasto, affascinante e in gran parte ancora ignoto: il mondo della cura compreso nella prospettiva degli assistiti e dei professionisti. Attraverso l'utilizzo della narrazione presentate in tutte le sue forme (storie, poesie, film, produzioni artistiche, etc..) viene data la possibilità di comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura, scoprendo il mondo di significati, di convinzioni e miti che fanno dell'assistito, come dell'operatore, un'entità unica e irripetibile.

Tra i benefici dell'uso delle tecniche di medicina narrativa abbiamo:

- gestione del Burnout: aiuta ad elaborare traumi vicari e il logoramento emotivo, riducendo lo stress lavorativo.
- rinforzo dell'Empatia: permette di comprendere il mondo dei significati del paziente, migliorando la relazione assistenziale.
- sviluppo Riflessivo: favorisce una maggiore consapevolezza di sé, del proprio ruolo e delle proprie emozioni.
- condivisione: creazione di comunità di pratica, in cui la narrazione delle esperienze comuni rompe l'isolamento e promuove il sostegno reciproco.

Il "nursing narrativo" è inteso come uno strumento pratico-assistenziale, che crea spazi protetti di ascolto e rielaborazione del vissuto, fondamentale per una presa in carico olistica. L'approccio narrativo non sostituisce la medicina basata sulle evidenze, ma si integra con essa per offrire una cura più etica ed efficace. Il Nursing Narrativo è un metodo pratico assistenziale che si auspica di creare uno spazio dedicato e protetto di ascolto e rielaborazione del vissuto attraverso strumenti umanistico-letterari. È un approccio che privilegia la narrazione dell'esperienza non solo dei malati ma anche dei professionisti sanitari che può dar forma ad un loro sostegno e prevenire il burnout anche nelle sue manifestazioni più estreme. In uno studio⁴⁰ è stata introdotta la pratica di nursing narrativo per valutare il grado di riduzione del burnout. Lo studio è stato condotto tra gli infermieri dell'area neonatale in 4 diversi ospedali e gli esiti primari erano stati valutati attraverso la variazione della Scala di Identità Professionale per Infermieri (PISN)⁴¹ dal basale a 6 mesi. Gli esiti secondari che sono stati valutati riguardavano i cambiamenti nelle sottoscale del Maslach Burnout Inventory⁴² (MBI) (esaurimento emotivo, depersonalizzazione, realizzazione personale) e nell'intenzione di turnover infermieristico, misurati all'inizio, a 6 mesi (fine dell'intervento) e a 9 mesi.

Dallo studio emerge inizialmente un elevato grado di stress da parte del personale infermieristico con elevato rischio di burnout e elevata richiesta di turnover. Dopo una prima analisi quantitativa condotta utilizzando le scale sopraelencate (che vengono utilizzate anche al termine dell'intervento narrativo), è stato introdotto un approccio di tipo narrativo; sono state utilizzate le nozioni di medicina narrativa, applicandole direttamente ai gruppi infermieristici.

⁴⁰ The efficacy of an integrated empowerment and narrative nursing program on enhancing professional identity and alleviating burnout among neonatal nurses: a cluster randomized controlled trial. *Front Public Health*. 2026 Jan 20;13:1745441. Sudan Liu # 1, Zhengli Kang # 2, Huimin Li 1, Yaqing Du 1, Junran Li 1, Zeyang Zhang 3
PMID: 41641043 PMCID: PMC12864475 DOI: 10.3389/fpubh.2025.1745441

⁴¹ Professional Identity in Nursing Scale 2.0: A national study of nurses' professional identity and psychometric properties. Tullamora Landis, PhD, RN-BC, CNL a,* , Celestina Barbosa-Leiker, PhD, Cynthia Clark, PhD, RN, ANEF, FAAN c, Nelda Godfrey, PhD, ACNS-BC, RN, FAAN, ANEF d a Washington State University, College of Nursing, Spokane, WA, USA b College of Nursing, Washington State University, Spokane, USA c Boise State University, Boise, ID, USA d University of Kansas, Kansas City, KS, USA

⁴² different.hr/wp-content/uploads/2020/05/Maslach-Burnout-Inventory-MBI.pdf

L'intervento narrativo è durato 6 mesi e sono stati misurati gli esiti al termine dell'intervento e dopo altri 3 mesi, quindi a 9 mesi dall'inizio dello studio.

Da questa indagine emergono risultati confortanti e oggettivi poiché si sono modificati i punteggi, in senso migliorativo, delle scale di valutazione utilizzate all'inizio e anche la richiesta di turnover è nettamente diminuita.

Questo dimostra che gli interventi di medicina narrativa non sono funzionali e protettivi per gli infermieri nella misura di relazione di cura con il paziente ma anche nella relazione di cura tra pari.

Attraverso la scrittura (diari di bordo), la narrazione orale, la poesia o produzioni artistiche, gli infermieri possono mettere in luce bisogni insoddisfatti e criticità del sistema, migliorando la qualità delle cure. Questo approccio è cruciale in contesti ad alto carico emotivo, come le cure palliative, dove aiuta ad affrontare la sofferenza.

A livello del panorama legislativo nazionale è stata posta molta attenzione al benessere degli operatori all'interno delle PA e sono state emanate direttive e legislazioni che permettano di disciplinare e raggiungere gli obiettivi di benessere lavorativo, prevenzione delle discriminazioni di genere e attività di conciliazione vita-lavoro; all'interno di queste direttive e di queste linee guida il progetto che presenteremo successivamente (capitolo 3), trova ampio spazio di applicazione ed elevate possibilità sviluppo, integrando anche i principi della salute collettiva specificati precedentemente (capitolo1).

A livello nazionale si parla di queste politiche di salute collettiva sanitaria all'interno del II Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP)⁴³ è un documento strategico obbligatorio per le PA, volto a promuovere parità, inclusione e benessere organizzativo, contrastando le discriminazioni di genere. Dal 2022, in virtù del DL 80/2021, il PTAP è confluito come sezione specifica nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), garantendo coerenza tra le politiche del personale, la performance e le pari opportunità.

⁴³ Piano triennale di azioni positive (Legge n.125/1991 e Decreto legislativo n.196/2000, articolo 7, comma 5)

Per quanto concerne la nostra realtà lavorativa, l'ausl di Piacenza, esiste un documento, approvato il 21\07\2023 che è il Piano delle azioni positive per i dipendenti dell'ausl. Nel documento si trattano tutte le attività di tipo formativo e informativo che devono essere messe in campo, in linea con gli obiettivi e gli interventi nazionali, per prevenire fenomeni di mobbing, di discriminazione e per tutelare la salute psicosociale dei lavoratori. Tra le azioni messe in campo, ai fini di questo elaborato, trovano maggior rilevanza:

- promozione del benessere organizzativo: è attuato dal servizio protezione e prevenzione (SPP) al fine di individuare i fattori di stress lavoro-correlato, includendo tra i fattori valutati non solo gli aspetti fisici del luogo di lavoro ma anche aspetti comunicativi e relazionali. Lo scopo è quello di valutare quali sono le fonti principali di stress all'interno del luogo di lavoro e successivamente individuare delle strategie di prevenzione e gestione del rischio di SLC.
- Presa in carico dei singoli casi che manifestano stati di disagio lavorativo: dal 2020 viene imposto, dalle linee di indirizzo regionali, alle aziende, di attuare anche interventi appropriati per superare il trauma. In azienda, dal 2022 è disponibile in ausl una psicologa che si occupa di quei dipendenti che necessitano di un supporto per affrontare problematiche di disagio lavorativo. Il percorso offerto si compone di una serie di 5-6 incontri che sono finalizzati a fornire all'operatore capacità insite per poter affrontare condizioni di stress.
- Ascolto organizzato, aver cura dell'equipe: il percorso è finalizzato alle relazioni interpersonali e al miglioramento del clima organizzativo.
- Riflessione e cura di sé: si tratta di un laboratorio di medicina narrativa per stimolare il confronto e la condivisione all'interno dell'equipe multiprofessionale che, attraverso pratiche di medicina narrativa, perseguono l'obiettivo del raggiungimento del benessere dell'operatore.

Tra le altre azioni positive proposte si evidenzia anche la promozione di attività ricreative per migliorare e favorire il benessere dei dipendenti. All'interno di questa area di intervento vengono prese in considerazione le pratiche di teatro,

ginnastica mentale e mindfulness attivate dal 2022 dopo una raccolta dati attraverso un questionario erogato a tutti i dipendenti rispetto alla percezione della loro condizione di vita-lavoro e al loro grado di stress lavoro-correlato.

Ci sono altre documentazioni o meglio altri testi che si preoccupano di documentare e di trovare un'eventuale soluzione al sempre più crescente bisogno espresso dagli infermieri. Nel testo “cambiare le relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie” c'è un capitolo dove si parla della medicina narrativa e della sua applicazione all'interno di equipe sanitarie per modificare lo stato di salute degli infermieri; in uno spaccato si legge appunto che **“con questo contributo si evidenzia l'urgenza di mettere mano alle politiche gestionali riguardanti chi lavora in un'organizzazione sanitaria, in quanto questione strettamente interconnessa alla qualità delle cure da questi prestate in favore di malati e caregiver.”**⁴⁴

Nel libro vengono riportati solo alcuni passaggi di molteplici interviste condotte tra infermieri; sono quelle più emblematiche che consentono di comprendere in modo immediato lo stato emotivo in cui operano i professionisti della salute negli anni post pandemici.

Le interviste sono state condotte secondo una tecnica narrativa, rispettando i dettami metodologici per la raccolta dei racconti di vita, invitando gli intervistati a raccontare l'esperienza vissuta in modo libero senza rispettare alcun parametro. Alcune interviste sono state condotte in gruppo e non singolarmente; in questo contesto si è osservato come il gruppo fosse importante per i singoli partecipanti e come, la condivisione di esperienze di vita, seppur personali, fossero comunque qualcosa di vissuto dai più, in questi casi quello che è stato maggiormente impattante è stato il linguaggio non verbale dei partecipanti che, durante i racconti, dimostravano vicinanza, comprensione ed elevata empatia come se, l'esperienza di uno fosse in realtà l'esperienza di tutti.

⁴⁴ Cambiare le relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie Ricerche, progetti, esperienze
A cura di Vincenzo Alastra ,Micol Bronzini, Marco Ingrosso 1.3 Lo sguardo di un responsabile “risorse umane”

In moltissime interviste narrative si è potuto apprezzare come l'aver insieme affrontato un evento sconvolgente e imprevedibile abbia alimentato la sensazione di vivere un destino comune e la consapevolezza che "nessuno si salva da solo", allentando le distanze di ruolo e consolidando uno spirito collaborativo e l'affiatamento tra i professionisti.

Le dinamiche dei gruppi sociali, la loro interazione e i loro punti di forza e debolezza sono stati studiati da Kurt Lewin (psicologo e padre della psicologia sociale) che ha indagato i diversi fenomeni di gruppo in termini sperimentali ed è riuscito a definirne lo statuto socio-psicologico. Lewin si interessò sempre più a tali dinamiche arrivando alla conclusione che il gruppo è un'entità diversa rispetto all'insieme dei singoli individui che lo compongono. Il gruppo assume così la concezione di "totalità dinamica" le cui proprietà strutturali differiscono da quelle delle sue sotto parti: esso si caratterizza infatti per la stretta interdipendenza dei suoi membri, ed i loro rapporti reciproci determinano le proprietà strutturali del gruppo stesso. Questa prospettiva comporta una definizione di gruppo sempre valida, indipendentemente dalla sua composizione, grandezza e finalizzazione. Secondo la teoria dei gruppi di Lewin l'elemento chiave di un gruppo, cioè quello che lo tiene insieme e ne caratterizza l'identità, è l'Interdipendenza, ossia, il forte legame tra gli elementi che lo compongono i quali non possono vivere gli uni senza gli altri. Esistono tuttavia due tipi di interdipendenza che qualificano due tipologie di gruppo: l'interdipendenza del destino e del compito. Entrambe creano dinamiche che incidono sulla produttività del gruppo e sul suo clima interno.

- L'interdipendenza del destino: in questo primo caso il gruppo nasce e tiene al suo interno individui che condividono un'esperienza o una condizione esistenziale che li rende uniti perché hanno un destino comune. Tale forma di interdipendenza costituisce un elemento macroscopico d'unificazione in quanto qualunque aggregato casuale d'individui può diventare gruppo se le circostanze ambientali attivano la sensazione di condividere la stessa sorte, di essere nella "stessa barca". Si

tratta dunque di un gruppo che sperimenta un forte senso di coesione per il solo fatto di condividere un destino comune.

- L'interdipendenza del compito: in questo secondo caso il gruppo – ad esempio di studio o di lavoro – nasce perché deve portare a termine un obiettivo per cui è necessaria la collaborazione di molti. Tale forma di interdipendenza costituisce un elemento più forte e diretto d'unificazione, perché lo scopo del gruppo determina tra i membri un rapporto di ripercussione circolare degli esiti. In altri termini, i risultati delle azioni di ciascuno hanno delle implicazioni sui risultati degli altri.

La teoria lewiniana si fa dunque portavoce di nuove definizioni e concetti dai quali partono poi ulteriori studi degli allievi di Lewin. Le teorizzazioni dell'autore sono state solo la base da cui si sono sviluppati ulteriori studi che hanno coinvolto numerosi altri ricercatori e impostato nuove prospettive chiave, come le riflessioni e le definizioni sullo status, sulla leadership o, ancora, sul potere del gruppo.

Prendendo spunto dalla teoria di Lewin e dagli studi condotti, si può affermare che “il gruppo” si è distinto come la più significativa risorsa per far fronte alle difficoltà e alle complessità via via emergenti. La pandemia sembrerebbe aver favorito una valorizzazione della dimensione gruppale: soprattutto il gruppo dei pari è stato riconosciuto fonte primaria di sostegno emotivo e operativo, per alcuni operatori, una rivitalizzante riscoperta.

Continuando l'analisi di studi condotti rispetto alla possibilità narrativa fornita agli infermieri, emerge che, i professionisti impegnati nell'emergenza Covid i quali hanno avuto l'opportunità di raccontare un'esperienza così intensa e tragica, ha, in qualche modo, consentito ai professionisti di “prendere per mano” la loro esperienza, toccando con mano la potenzialità autoterapeutica della narrazione autobiografica. L'intervista narrativa è stata allora vissuta come un'impegnativa opportunità di narrazione-ascolto, soprattutto come momento “liberatorio”, “di sollievo”, di condivisione, e quindi di alleggerimento, del peso emotivo vissuto nella pandemia. Di particolare rilevanza è risultato poter narrare questa

esperienza di vita professionale in maniera completa, sentendosi – in perfetta sintonia con la metodica dell'intervista narrativa – del tutto liberi di esprimersi.

Raccontarsi in questa dimensione è stato riconosciuto qualcosa di valore, qualcosa di diverso rispetto al raccontarsi alle persone care o ai colleghi coinvolti nella medesima esperienza.

L'intervista narrativa ha stimolato un posizionamento riflessivo e 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 come nuovamente capaci di ricomporre, e di dare un senso alla propria esperienza professionale.

CAPITOLO 3 - PROGETTO PER L'AUSL DI PIACENZA: IL BENESSERE DEGLI INFERMIERI

Partendo da questi presupposti teorici e, vivendo quotidianamente all'interno di un gruppo di infermieri stanchi, insoddisfatti e pronti a cambiare professione, è emersa la necessità di provare a proporre una soluzione differente per questa condizione.

Stando a contatto quotidianamente con gli infermieri si sentono spesso lamenti rispetto al lavoro, rispetto ai riconoscimenti (soprattutto alla mancanza di questi ultimi), rispetto alla stanchezza, all'incapacità di conciliare vita-lavoro a causa di continui richiami in servizio e altre problematiche; tutte motivazioni che vengono anche ribadite nel panorama nazionale e che non trovano una soluzione immediata alimentando il malcontento e il rischio di stress e burnout per il personale. In questo panorama ci siamo chiesti quali potrebbero essere le soluzioni e, talvolta, si è provato a parlare con i colleghi di quali potrebbero essere le soluzioni ma, purtroppo, non ci sono idee di come poter migliorare questa condizione se non alcune soluzioni prettamente materiali che però dipendono da decisioni a livello nazionale.

Quindi abbiamo pensato di indagare più a fondo per comprendere quali potrebbero essere le reali motivazioni di questo stress e per poter così individuare delle soluzioni più semplici ma che migliorino notevolmente lo stato di salute degli infermieri e la loro condizione lavorativa all'interno della nostra azienda.

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

Supporto di:

- **Psicologo del lavoro**
- **Esperti di Medicina Narrativa**

Droghi Maria Gaetana

Riboli Stefania

Neri Francesco

DATA AVVIO PROGETTO:

DURATA

COMPLESSIVA

PROGETTO: 2026

3.1 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.

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

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.

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. La promozione della salute nei luoghi di lavoro (Workplace Health Promotion - WHP) è definita dall'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro come la “combinazione degli sforzi congiunti realizzati da datori di lavoro, lavoratori, medici, operatori sanitari e Istituzioni per migliorare la salute ed il benessere delle persone nei luoghi di lavoro”.

Vi contribuiscono i seguenti fattori:

1. miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro a cui possono contribuire alcune misure quali una maggiore flessibilità in termini di orari e luoghi di lavoro;
2. disponibilità per i lavoratori di opportunità di apprendimento permanente e di partecipazione al miglioramento dell'organizzazione del loro lavoro e del loro ambiente lavorativo;
3. possibilità di usufruire di spazi di socializzazione e di un ambiente di lavoro che promuova il benessere psicosociale;
4. incoraggiamento del personale a partecipare ad attività salutari quali attività ed eventi sportivi proposti e finanziati dal datore di lavoro che si può impegnare, anche nel sostenere il benessere mentale, ad esempio attraverso consulenze esterne di tipo psicosociale in forma anonima e sedute per combattere lo stress;
5. promozione di scelte sane quali una corretta alimentazione e una diminuzione del consumo di alcol, l'adesione a programmi per smettere di fumare;
6. incoraggiamento alla crescita personale

Il punto di intervento privilegiato finalizzato alla modifica dello stato di salute dal punto di vista preventivo, è rappresentato dai comportamenti individuali che

determinano i cosiddetti stili di vita. Quelli che incidono maggiormente sul carico collettivo di malattie e disabilità sono: l'abitudine tabagica, l'abuso di alcol, l'alimentazione non corretta e l'inattività fisica. La promozione della salute nei luoghi di lavoro ha, quindi, l'obiettivo di prevenire o modificare quei comportamenti nocivi che costituiscono i principali fattori di rischio per le malattie croniche più frequenti (malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, diabete).

Si è verificato che in letteratura sempre più frequentemente sono riscontrabili evidenze sul fatto che l'integrazione delle pratiche di prevenzione e sicurezza occupazionali con programmi di promozione della salute incrementi l'efficacia della tutela della salute dei lavoratori nel suo complesso. Questo progetto riserva un ruolo attivo al medico competente nell'orientare i lavoratori verso scelte e comportamenti favorevoli alla salute e nel contrastare stili di vita dannosi quali quelli sopra richiamati e ai soggetti aziendali della prevenzione per la realizzazione di interventi di miglioramento globale del contesto lavorativo, coniugando l'ottica tradizionale di rispetto della normativa specifica di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori con l'ottica di promozione della salute.

3.2 CRITICITÀ 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.

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.

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.

3.3 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.

3.4 CRONOGRAMMA DELLE AZIONI PREVISTE

3.5 METODOLOGIA PREVISTA:

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
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

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 Health Approach dell’UNIPR e il servizio di prevenzione protezione aziendale.

1. Individuazione di una metodologia di medicina narrativa funzionale allo scopo progettuale e di eventuali professionisti esperti da coinvolgere

2. **Selezione UO in funzione della sperimentazione** e calendarizzazione incontri in base alle informazioni raccolte e analizzate grazie alla collaborazione del SPP Aziendale
3. Calendarizzazione di date e incontri per testare la metodologia proposta
4. Raccolta e sbobinatura di quanto emerso dagli incontri
5. Valutazione delle problematiche riscontrate
6. Individuazione e proposta di azioni di miglioramento
7. Applicazione e successiva valutazione delle azioni intraprese nel tempo

3.6 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.

Abbiamo presentato il suddetto progetto al nostro direttore assistenziale e, insieme alla referente dei progetti aziendali, abbiamo concordato di iniziare l'applicazione, dopo il conseguimento del titolo del suddetto master, partendo dagli infermieri che lavorano presso l'U.O. di Malattie Infettive per poi estenderlo alle altre UU.OO.

L'idea di partenza, al fine di facilitare la narrazione, sarebbe quella di presentare un racconto di un infermiere che vive le stesse condizioni dei nostri professionisti o addirittura proiettare il quadro di Banský che era stato creato in epoca pandemica con i supereroi nel cestino e gli infermieri come nuovi supereroi.

Partendo dalla visione del quadro, si pensava di porre due semplici domande:

Cosa ti ricorda?

Cosa pensi adesso?

Il lavoro di narrazione verrebbe svolto in gruppo, con l'aiuto dei colleghi psicologi e con l'ausilio di un registratore per poter raccogliere tutte le informazioni. Si deve ancora valutare se utilizzare la scrittura narrativa prima e poi utilizzare la forma di narrazione orale e condivisione delle esperienze con i colleghi presenti.

Dopo la raccolta delle informazioni, che avverrà in 4 incontri, si pensava di utilizzare altri 2 incontri per fornire un rimando di quanto emerso e per valutare se ci fossero nuove esperienze e narrazioni da raccogliere.

Per poi rispondere alle eventuali necessità e problematiche si pensava di attivare delle sedute di mindfulness.

CONCLUSIONI

Un importante strumento che ha mostrato di essere efficace nel prevenire il burnout in professionisti sanitari è la pratica della mindfulness. La mindfulness è una forma di meditazione orientale che viene impiegata da tempo per la gestione di stati di ansia, stress e numerose altre problematiche psicologiche.

Recenti studi hanno dimostrato che la pratica della mindfulness può essere efficace nella prevenzione del burnout in medici, infermieri, OSS e altri operatori delle professioni d'aiuto (Lamothe et al., 2016).

Per le professioni soggette a stress fisico ed emotivo, la Mindfulness ha numerosi aspetti positivi tra cui:

- **Riduzione dello stress:** La pratica della Mindfulness può aiutare a ridurre lo stress e l'ansia, aumentando la consapevolezza del qui e ora e sviluppando, una maggiore stabilità emotiva.
- **Miglioramento della concentrazione:** la Mindfulness richiede di concentrarsi sul presente, sviluppando così la capacità di focalizzare l'attenzione e di evitare le distrazioni.
- **Miglioramento della relazione con i pazienti:** la consapevolezza può aiutare a sviluppare una maggiore empatia, compassione e comprensione verso gli altri.
- **Gestione dell'incertezza e della complessità:** la Mindfulness può aiutare ad avere una maggiore chiarezza mentale e una migliore capacità di prendere decisioni anche in contesti difficili.
- **Miglioramento del benessere generale:** la pratica regolare della Mindfulness migliora la qualità della vita e riduce i sintomi di burnout grazie alla maggiore consapevolezza delle proprie esigenze fisiche ed emotive.

Inoltre alcuni studi hanno dimostrato che questa pratica riduce i disturbi dell'umore e del sonno, aumenta la percezione di emozioni positive e la sensazione di soddisfazione personale. Infine migliora anche le funzioni immunitarie, aumenta la serotonina e riduce tutti i disturbi psichici e alimentari, comprese le dipendenze.

Esistono numerose evidenze scientifiche che consentono di confermare come la mindfulness sia una pratica funzionale nella riduzione dello stress e nei disturbi di ansia soprattutto tra gli infermieri. In uno studio⁴⁵ considerato pioniere in questo ambito, viene dimostrato che i programmi di riduzione dello stress basati sulla mindfulness stanno dimostrando efficacia nel ridurre lo stress e migliorare la salute in una varietà di popolazioni cliniche. Questo studio ha comportato lo sviluppo e la valutazione di un breve intervento di mindfulness di 4 settimane per uno gruppo di infermieri. Rispetto ai 14 partecipanti di controllo in lista d'attesa, 16 partecipanti all'intervento di mindfulness hanno riscontrato miglioramenti significativi nei sintomi del burnout, nel rilassamento e nella soddisfazione di vita. I risultati di questo studio pilota, insieme alla naturale corrispondenza tra la filosofia della mindfulness e la teoria della pratica infermieristica, suggeriscono che la formazione alla mindfulness sia un metodo promettente per aiutare gli infermieri a gestire lo stress, anche quando erogata in un formato breve.

Grazie a questi studi incoraggianti l'idea sarebbe quella di proporre, al termine delle sessioni di medicina narrativa, un ciclo di almeno 4 incontri di mindfulness e di valutare il grado di soddisfacimento infermieristico attraverso la somministrazione di questionari sul burnout prima della pratica e al termine dei 4 incontri e valutare il grado di soddisfacimento.

Inoltre auspichiamo che questo progetto venga esteso a tutti i dipendenti e che, gli incontri di medicina narrativa e di mindfulness non siano limitati nel tempo ma diventino delle tecniche da poter utilizzare in modo continuo e non solo per un periodo limitato nel tempo.

⁴⁵ A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides Corey S. Mackenzie, PhD,⁴ Patricia A. Poulin, MA^a, Rhonda Seidman-Carlson, RN, MNb,¹
A Department of Adult Education and Counselling Psychology, Ontario Institute for Studies in Education, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada M5S 1V6 b
Nursing Placement, Development, and Practice, Baycrest Center for Geriatric Care, Toronto, Ontario, Canada M6A 2E1 Received 11 August 2005; accepted 16 August 2005

Bibliografia

Alastra, V., Bronzini, M., & Ingrosso, M. (Eds.). (2022). *Cambiare le relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie: Ricerche, progetti, esperienze*. Salute e Società – Health & Society.

Alastra, V., Bronzini, M., & Ingrosso, M. (Eds.). (n.d.). 1.3 Lo sguardo di un responsabile “risorse umane”. (*Capitolo – dati incompleti*)

Albott, C. S., Wozniak, J. R., McGlinch, B. P., Wall, M. H., Gold, B. S., & Vinogradov, S. (2020). *Battle buddies: Rapid deployment of a psychological resilience intervention for health care workers during the COVID-19 pandemic*.

Alfonsi, V., Scarpelli, S., Gorgoni, M., Couyoumdjian, A., Rosiello, F., Sandroni, C., Corsi, R., Pietrantonio, F., & De Gennaro, L. (2023). Healthcare workers after two years of COVID-19: The consequences of the pandemic on psychological health and sleep among nurses and physicians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1410. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021410>

Aryankhesal, A., Mohammadibakhsh, R., Hamidi, Y., Alidoost, S., Behzadifar, M., Sohrabi, R., & Farhadi, Z. (2019). Interventions on reducing burnout in physicians and nurses: A systematic review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 33, 77.

Ávila, M. M. M. (2011). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: O caso de Uruburetama. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 349–360. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100037>

Bandini, M., & De Lucca, S. R. (n.d.). (*Titolo non specificato – dati incompleti*)

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Presidência da República.

Brasil. (1992). Decreto n. 232/92 del 15 maggio 1992.

Brasil. Ministério da Saúde. (1997). *Saúde da família: Uma estratégia para reorientar o modelo sanitário*.

Brooks, S., Webster, R., Smith, L., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912–920.

Burnout in critical care nurses: A literature review. (2007). *Dynamics*, 23(4), 25–31.

Ceslowitz, S. B. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14(7), 553–557.

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70. (2015).

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77. (2022).

Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. (2020). (*Blocco editoriale separato*)

Dobrina, R., Bicego, L., Giangreco, M., Cassone, A., Schreiber, S., Buchini, S., Piazza, M., Muzzatti, B., & Rigo, P. (n.d.). A multi-method quasi-experimental study to assess compassion satisfaction/fatigue in nurses, midwives and allied health professionals receiving a narrative medicine intervention.

Effectiveness of community health agents' actions in situations of social vulnerability. (2009). *Health Education Research*, 24(2), 330–342.

From Alma-Ata to Astana: Why primary care is relevant to occupational health professionals? (n.d.).

Ghawadra, S. F., Abdullah, R. L., Choo, W. Y., & Phang, C. K. (n.d.). Mindfulness-based stress reduction for psychological distress among nurses: A systematic review.

Inter-Agency Standing Committee. (2020). *Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak (Version 1.1)*.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2018). *A guide to psychological first aid*.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2020). *Mental health and psychosocial support for staff, volunteers and communities in an outbreak of novel coronavirus*.

Kang, Y., & Jin, A. (n.d.). An exploratory study of nursing tasks that induce physical and mental stress among hospital nurses.

Lamothe, M., Rondeau, É., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., & Sultan, S. (2016). Outcomes of MBSR-based interventions in health care providers. *Complementary Therapies in Medicine*, 24, 19–28.

Le nuove Linee Guida OMS per la salute mentale al lavoro: Soluzioni per manager e dipendenti. (n.d.).

Liu, S., Kang, Z., Li, H., Du, Y., Li, J., & Zhang, Z. (2026). The efficacy of an integrated empowerment and narrative nursing program. *Frontiers in Public Health*, 13, 1745441.

Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides.

Martinelli, M. (n.d.). *Dizionario di medicina narrativa: Parole e pratiche*.

McAuliffe, J. (1994). Analisi critica del Programma degli operatori sanitari comunitari nel Ceará.

Medical narrative ability and humanistic care ability of Chinese clinical nurses. (2025).

Melnyk, B. M., et al. (2018). A national study links nurses' physical and mental health to medical errors and perceived worksite wellness. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(2), 126–131.

Narrative medicine: Honoring the stories of illness. (n.d.).

Nunes, M. O., Trad, L. B., Almeida, B. A., Homem, C. R., & Melo, M. C. I. (2002). O agente comunitário de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1639–1646.

Petzold, M. B., Plag, J., & Ströhle, A. (2020). Dealing with psychological distress by healthcare professionals during COVID-19. *Der Nervenarzt*.

Piano triennale di azioni positive. (n.d.).

Professional Identity in Nursing Scale 2.0: A national study of nurses. (n.d.).

Professional identity and psychometric properties. (n.d.).

Revista Perspectivas de Salud. (2003). Organización Panamericana de la Salud.

Schreiber, M., Cates, D. S., Formanski, S., & King, M. (2019). Maximizing the resilience of healthcare workers in multi-hazard events. *Military Medicine*, *184*, 114–120.

Smolentzov, V. M. N. (2006). *Topografia da desigualdade social e saúde em Aracatuba-SP*. (Doctoral thesis).

Tam, C. W., Pang, E. P., Lam, L. C., & Chiu, H. F. (2004). SARS in Hong Kong: Psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychological Medicine*, *34*, 1197–1204.

The untilled fields of public health. (1920). *Science*, *51*(1306), 23–33.

Uno studio di caso del Programma degli Agenti Sanitari della Comunità a Uruburetama, Ceará (Brasile). (n.d.).

World Health Organization. (2020). *Mental health considerations during COVID-19 outbreak*.