



RAPPORTI ISTISAN 24|1

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Cura dei curanti

a cura di

A. De Santi, E. Longo, P.M. Risi,
C. Aguzzoli, M. Rimondini



FORMAZIONE
E INFORMAZIONE

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Cura dei curanti

a cura di
Anna De Santi (a), Eloise Longo (a), Paola Marina Risi (b),
Cristina Aguzzoli (c), Michela Rimondini (d)

(a) Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(b) Centro Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia "Cure Integrate", Roma
(c) Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, Udine
(d) Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento,
Università degli Studi di Verona, Verona

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Rapporti ISTISAN
24/1

Istituto Superiore di Sanità

Cura dei curanti.

A cura di Anna De Santi, Eloise Longo, Paola Marina Risi, Cristina Aguzzoli, Michela Rimondini
2024, iii, 58 p. Rapporti ISTISAN 24/1

Il *burnout* tra gli operatori sanitari è arrivato a proporzioni allarmanti. Certamente, la drammaticità della pandemia ha determinato una pressione enorme sul personale sanitario e sul sistema di cura già gravato da decenni. Presso l'Istituto Superiore di Sanità è stato costituito il gruppo multidisciplinare "Cura dei curanti" con l'obiettivo di dare attenzione e priorità alla resilienza e al benessere degli operatori impegnati nella cura, secondo l'approccio bio-psico-sociale. L'approccio socio-antropologico, psicologico e medico descritto nel documento si mette a disposizione per colmare il *gap* culturale che nella tradizionale formazione non prende in sufficiente considerazione il benessere degli operatori quale requisito per una efficace qualità della cura. Il rapporto illustra i principali punti chiave implicati nel benessere/malessere individuale e organizzativo nel contesto sanitario, fornendo nuove capacità di intervento in una visione sistemica in grado di veicolare il cambiamento epistemologico necessario a navigare la complessità di quest'epoca.

Parole chiave: Operatori sanitari; Benessere; Sistema di cura; Complessità; Multiprofessionalità

Istituto Superiore di Sanità

Caring for carers.

Edited by Anna De Santi, Eloise Longo, Paola Marina Risi, Cristina Aguzzoli, Michela Rimondini
2024, iii, 58 p. Rapporti ISTISAN 24/1 (in Italian)

Burnout among healthcare workers appears to be at pandemic proportions. Certainly, the dramatic nature of the COVID-19 pandemic has brought enormous pressure on healthcare personnel and on the healthcare system which has already been burdened for decades. At the Istituto Superiore di Sanità (ISS, the National Institute of Health in Italy), a multidisciplinary group of "Caring for carers" was established with the aim of giving priority to the resilience and well-being of operators involved in healthcare, according to the biopsychosocial approach. The socio-anthropological, psychological and medical approach described in the document aims to fill the cultural gap which in traditional training does not take sufficient consideration of the well-being of operators as a requirement for an effective quality of care. The report illustrates the main key points implicated in individual and organizational well-being/distress in the healthcare context, providing new intervention skills in a systemic view to enhance the epistemological change necessary to navigate the complexity of this era.

Key words: Healthcare workers; Well-being; Healthcare system; Complexity; Multi-professionalism

Si ringraziano Viviana Renzi e Antonella Torrice del Dipartimento di Neuroscienze per il prezioso supporto alla realizzazione delle attività formative dell'Istituto Superiore di Sanità sulla cura dei curanti.

Per informazioni su questo documento scrivere a: eloise.longo@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it

Citare questo documento come segue:

De Santi A, Longo E, Risi PM, Aguzzoli C, Rimondini M (Ed.). *Cura dei curanti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISTISAN 24/1).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Rocco Bellantone*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.



INDICE

Presentazione	iii
Introduzione	
<i>Anna De Santi, Eloise Longo, Paola Marina Risi, Cristina Aguzzoli, Michela Rimondini</i>	1
Percorso formativo per il <i>burnout</i> dei curanti: attività dal 2019	
<i>Anna De Santi, Paola Marina Risi</i>	4
Punto di vista sociologico: la necessità di un approccio multiprofessionale nella cura	
<i>Anna De Santi</i>	7
Punto di vista antropologico: per una cultura della cura	
<i>Eloise Longo</i>	13
Punto di vista psicologico: il valore della cura del curante, impatto diretto e indiretto sulla persona e sul sistema	
<i>Michela Rimondini</i>	19
Punto di vista medico clinico: l'emergenza e l'urgenza di una visione sistemica della Cura dei Curanti	
<i>Paola Marina Risi</i>	30
Punto di vista del medico di sanità pubblica: salute individuale e dell'organizzazione	
<i>Cristina Aguzzoli, Joseph Polimeni</i>	38
Curare il sistema dei curanti attraverso lo strumento di autovalutazione della rete <i>Health Promoting Hospitals & health services</i>	
<i>Cristina Aguzzoli, Eloise Longo, Joseph Polimeni</i>	49
Indicazioni e stimoli di approfondimento per valutare lo stress cronico del personale sanitario	
<i>Anna De Santi, Michela Rimondini, Paola Marina Risi</i>	57

PRESENTAZIONE

Da diversi anni il Dipartimento di Neuroscienze dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) si dedica a un percorso formativo sulla cura dei curanti con lo scopo di supportare e migliorare le capacità del personale sanitario chiamato a confrontarsi con la dimensione dei bisogni propri, del malato e delle famiglie, e a interagire nell'ampio mondo delle relazioni affrontando con grande fatica e complessità scelte responsabili nella quotidianità della cura appesantita dall'attuale emergenza sanitaria.

L'interesse nasce dalla consapevolezza che il malessere e il *burnout* degli operatori sanitari aggravato dalla drammaticità della pandemia è giunto a proporzioni allarmanti.

Dal 2019 è stato, infatti, costituito presso l'ISS il gruppo multidisciplinare "Cura dei Curanti" sotto l'impulso nato da Paola Marina Risi, allora Vice-Presidente della Società Italiana di Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia (SIPNEI) e dall'interesse di Anna De Santi.

Il bisogno di occuparsi della cura di chi cura risulta non solo importante, ma necessario in quanto aiuta a capire meglio cosa serve per supportare il personale, cosa nutre il loro benessere, cosa influenza positivamente la loro qualità di vita e cosa mantiene viva la soddisfazione nel lavoro quotidiano. La salute del personale è il prerequisito per la salute del sistema sanitario.

Il gruppo, composto da diverse professioniste (medica clinica esperta in psico-neuro-endocrino-immunologia, medica igienista esperta in benessere e gestione dello stress, psicologa, sociologa, antropologa), si ispira al Modello bio-psico-sociale di Engel che considera la comprensione delle problematiche di salute non solo legata agli organi, ma agli aspetti psicologici, sociali e familiari dell'individuo, ovvero tiene conto del suo contesto, dei suoi comportamenti, pensieri e sentimenti in quanto influenzano il suo equilibrio psicofisico.

Sulla base dei contributi offerti dal gruppo multidisciplinare alla formazione, è emersa la volontà di realizzare il presente rapporto anche in considerazione dell'aumentata comparsa di sindromi da stress post-traumatico negli operatori e le richieste di avviare azioni di sostegno e supporto.

Le professioniste coinvolte nel gruppo "Cura dei Curanti" sono:

- Anna De Santi, sociologa del Dipartimento di Neuroscienze dell'ISS;
- Eloise Longo, antropologa del Dipartimento di Neuroscienze dell'ISS;
- Cristina Aguzzoli, medica dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) di Udine;
- Michela Rimondini, professoressa associata di Psicologia Clinica presso il Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università degli Studi di Verona;
- Paola Marina Risi, medica del Centro Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia (PNEI) "Cure Integrate", e professoressa a contratto presso l'Università del Sacro Cuore di Roma.

L'impegno del gruppo multidisciplinare nella promozione di webinar dedicati all'approfondimento di alcune delle cause che hanno determinato il malessere degli operatori sanitari va nella direzione di un auspicato cambiamento nell'ambito della formazione e della partecipazione al riorientamento dei servizi e dei possibili strumenti culturali, comunicativi, psicologici e "salutogenici" da proporre alle operatrici e operatori sanitari.

Le curatrici

INTRODUZIONE

Anna De Santi (a), Eloise Longo (a), Paola Marina Risi (b), Cristina Aguzzoli (c), Michela Rimondini (d)
 (a) Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma
 (b) Centro Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia “Cure Integrate”, Roma
 (c) Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, Udine
 (d) Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università degli Studi di Verona, Verona

La salute del personale sanitario, l’organizzazione e la cultura del posto di lavoro comportano effetti considerevoli sulla qualità dell’assistenza. I cambiamenti nell’ambiente di lavoro degli ultimi anni, la carenza di personale, l’aumento della complessità delle strutture clinico-assistenziali e dei bisogni delle persone malate, anche in considerazione della recente pandemia, hanno pesato notevolmente sulla qualità di vita del personale sanitario, determinando un aumento dei livelli di stress e del *burnout*. Si rende, pertanto, necessario analizzare il contesto e perfezionare le conoscenze del personale offrendo metodologie e strumenti utili a migliorare le capacità “intorno a se stessi” e “intorno alla cura”. Il gruppo “Cura dei Curanti”, costituito presso il Dipartimento di Neuroscienze dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS), si focalizza sull’analisi del contesto e della letteratura scientifica riguardo allo stato di salute e di benessere percepito dei curanti.

Per comprendere meglio questo Rapporto, si consiglia di consultare anche il *Rapporto ISTISAN 21/4* sul “Benessere e la gestione dello stress secondo il modello bio-psico-sociale” (Aguzzoli *et al.*, 2021), nel quale vengono approfondite alcune delle tematiche riprese successivamente nei webinar promossi dal gruppo multidisciplinare, con un focus su scuola e sanità, trattando argomenti come la comunicazione e la promozione del benessere nella sanità e nella scuola, il carico allostatico e la resilienza, i *driver* del benessere, il miglioramento dell’organizzazione del lavoro, le *life skills*, l’equità nella salute, le cure integrate e la tecnologia digitale per il benessere della persona.

L’accento è stato posto sul benessere e sui suoi fattori di protezione e di rischio secondo le indicazioni della *World Health Organization* (WHO) che fa riferimento alla salute nelle sue componenti fisiche, mentali, sociali e spirituali. L’orientamento del documento si è ispirato a due criteri fondamentali:

1. Il *Modello bio-psico-sociale di Engel* secondo cui l’individuo è al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili. Tale modello prevede che, per comprendere e risolvere le problematiche di salute, non sia sufficiente occuparsi solo dei problemi di funzioni e organi, ma si deve rivolgere l’attenzione agli aspetti psicologici, sociali e familiari dell’individuo e ciò significa che contesto, comportamenti, pensieri e sentimenti possono influenzare l’equilibrio psicofisico. Grazie a questo modello applicabile sia in ambito sanitario che in quello dell’istruzione, vengono ridisegnati i rapporti possibili tra le parti in gioco nella relazione d’aiuto aprendo lo scenario alla risonanza empatica come veicolo di benessere e salute. Il paziente o lo studente viene, quindi, a essere considerato in questa ottica come una persona con uno stile di vita individuale, e non semplicemente come un paziente o un ricevente di informazioni che presenta una malattia o un fattore di rischio che porta alla perdita dell’equilibrio personale. Mai come oggi emerge la necessità di ampliare l’approccio alla malattia per includere l’aspetto psicosociale senza sacrificare i vantaggi dell’approccio biomedico. Questo modello rappresenta un passo molto importante nell’ambito dell’assistenza medica ed è trasferibile anche nel settore della formazione e dell’educazione scolastica.

2. La *concezione multidimensionale della salute*, descritta dalla WHO che già nel 1946 faceva riferimento alle componenti fisiche, mentali e sociali del concetto di salute per poi ampliarlo nel 1998 – come uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, e non mera assenza di malattia. Viene, quindi, messa in risalto la componente spirituale e personale per identificare quelle variabili collegate alle condizioni soggettive e oggettive di bene-essere (inteso come salute nella sua concezione positiva) e male-essere (malattia, problema, disagio ovvero mancanza di salute nella sua concezione negativa) di cui tenere globalmente conto nell’approccio alla persona.

L’integrazione dei professionisti coinvolti nella realizzazione dei diversi contributi del *Rapporto ISTISAN 21/4* ha ampliato e arricchito la visione dei temi trattati che hanno riguardato le azioni di governo, l’analisi del nostro “stare bene” nei contesti della sanità, della scuola e dell’università e le evidenze su come promuovere, comunicare e formarsi per diffondere benessere sia individuale che organizzativo. A tale proposito sono stati approfonditi gli ambiti necessari per comprendere maggiormente le problematiche e le risorse disponibili, i fattori di protezione e di rischio, le azioni strutturali da mettere in atto per contrastare lo stress e promuovere la salute. Si riporta una breve sintesi dei principali temi trattati:

- dimensioni del fenomeno, analisi dei bisogni dei contesti lavorativi da più punti di vista con particolare focus su sanità, scuola e università;
- identificazione dei fattori di protezione descritti in letteratura come funzionali al miglioramento del benessere percepito alla luce dell’approccio bio-psico-sociale;
- azioni di contrasto alle disuguaglianze in salute e le iniziative volte a migliorare i livelli di *information literacy* nelle persone e nelle organizzazioni;
- evidenza dell’incidenza e prevalenza del fenomeno a livello individuale (stress e carico allostatico vs benessere) nel personale sanitario in Italia;
- diffusione e attivazione di architetture interne ai contesti (*team* multiprofessionali) per leggere i bisogni organizzativi e pianificare interventi annuali di miglioramento;
- cure integrate per migliorare il benessere percepito;
- tecnologia digitale per il benessere della persona.

Si suggerisce, quindi, la lettura di questo documento in quanto rappresenta un’opportunità per analizzare e approfondire le tematiche legate al benessere e per rafforzare e migliorare i processi comunicativi e formativi. Questo soprattutto nel mondo della sanità e dell’istruzione, dove risulta più urgente favorire l’integrazione e l’ottimizzazione delle risorse per contribuire a risolvere le criticità attualmente presenti.

Il punto di vista bio-psico-sociale ha guidato, quindi, la realizzazione del presente Rapporto al fine di guardare la realtà con “nuove lenti” per integrare le informazioni e produrre azioni prospettiche, tenendo conto della fisiologia, prima che della patologia. Con questa analisi, anche se non esaustiva, si è tentato di consegnare uno sguardo rivolto al futuro, allineando i contesti al dialogo efficace e potenziando la collaborazione tra i professionisti per migliorare tutte le azioni finalizzate al benessere individuale e organizzativo.

Dopo aver illustrato il percorso formativo che si è sviluppato nel corso degli anni dal 2019 per il *burnout* dei curanti, il Rapporto presenta i punti chiave emersi dall’approccio multidisciplinare della cura: sociologico; antropologico; psicologico; medico clinico; medico di sanità pubblica.

Il punto di vista sociologico mette in luce come lo stato di salute nel Paese sia minacciato da fattori – tra cui: l’invecchiamento della popolazione; la multi morbosità; la carenza di personale sanitario; il crescente problema delle malattie non trasmissibili prevenibili (incluse le malattie neurodegenerative e le malattie rare) – che hanno influito in modo significativo sul personale sanitario determinando una rimodulazione dei luoghi di lavoro e modifiche nelle relazioni tra il

personale stesso e i propri familiari. Tutto questo stravolgimento ha causato un importante aumento dei livelli di stress con più o meno gravi conseguenze sul benessere fisico ed emotivo.

Il punto vista antropologico parte dalla constatazione di una disgregazione del tessuto politico e socio-culturale che unitamente alla crisi del modello tradizionale di welfare, ha fatto venir meno il senso di appartenenza e reciprocità tra le persone, sia a livello individuale che di gruppo. Curare significa, quindi, creare relazioni a partire dalla conoscenza dei bisogni delle persone, orientando gli interventi sanitari verso nuove forme di integrazione e con il supporto delle reti comunitarie. L'attenzione al benessere degli operatori nell'ottica della promozione e sviluppo di una cultura della salute passa attraverso un ri-orientamento e una umanizzazione delle strutture sanitarie. In tale prospettiva l'approccio culturale restituisce agli operatori sanitari una molteplicità di possibili orizzonti significativi ai vissuti di malattia e alle molteplici vie seguite per recuperare lo stato di salute.

Il punto di vista psicologico evidenzia l'importanza della formazione continua per il sostegno al personale sanitario in relazione alle competenze sia tecniche (saper fare) che attitudinali (saper essere). La pratica riflessiva e le tecniche comunicative, derivanti da una consapevolezza interna e contestuale sono, dunque, cruciali per instaurare relazioni terapeutiche efficaci. Il potenziamento delle risorse del singolo operatore/trice deve andare di pari passo alla messa in atto di azioni sistemiche volte a promuovere una cultura organizzativa favorevole alla relazione tra il personale sanitario e il paziente.

Nel punto di vista del medico clinico e di quello di sanità pubblica l'accento è posto sul benessere/malessere individuale e su quello organizzativo sanitario. Tali prospettive forniscono nuove capacità di intervento in una visione sistemica bio-psico-sociale in grado di veicolare il cambiamento epistemologico necessario a navigare nella complessità.

Infine, si presentano degli strumenti di autovalutazione del benessere organizzativo e di quello individuale. Tra i primi lo strumento denominato "Autovalutazione per l'implementazione degli standard 2020 per gli ospedali e i servizi sanitari che promuovono la salute", realizzato dalla rete internazionale *Health Promoting Hospitals & health services* (HPH) (www.hphnet.org) su commissione della WHO. Lo strumento fornisce un supporto agli ospedali e ai servizi sanitari per valutare e attuare la promozione della salute, stimolare i processi di miglioramento interno continuo, incoraggiare la rifocalizzazione della strategia organizzativa, e per convertire l'organizzazione in un ambiente che promuove la salute. Per quanto riguarda il benessere individuale, si presentano, infine, alcune indicazioni per valutare lo stress cronico del personale sanitario.

Bibliografia

Aguzzoli C, De Santi A, Geraci A (Ed.). *Benessere e gestione dello stress secondo il modello bio-psico-sociale: focus su scuola, università e sanità*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporti ISTISAN 21/4).

PERCORSO FORMATIVO PER IL *BURNOUT* DEI CURANTI: ATTIVITÀ DAL 2019

Anna De Santi (a), Paola Marina Risi (b)

(a) Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Centro Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia “Cure integrate”, Roma

Il *burnout* tra gli operatori sanitari è arrivato a proporzioni allarmanti. Certamente, la drammaticità della pandemia COVID-19 ha determinato una pressione enorme sul personale sanitario, ma il loro carico di stress aveva già superato i livelli di umana resilienza da qualche decennio, secondo un trend di peggioramento sempre più rapido.

L’idea fondante della costituzione del gruppo “Cura dei Curanti” è quella di svolgere un percorso di approfondimento di alcune delle cause di questa realtà. Nasce dall’esigenza di portare un contributo ad un cambiamento sostenibile nell’ambito della formazione, della consapevolezza e quindi autovalutazione del proprio stato di benessere/malessere sia fisico che emotivo, della promozione della propria salute, della partecipazione al riorientamento dei servizi e dei possibili strumenti culturali, comunicativi, psicologici e “salutogenici” da proporre agli operatori sanitari.

È proprio in quest’ottica che si è svolto negli anni un ciclo di webinar “Cura dei Curanti” promosso dal gruppo multidisciplinare, con cadenza annuale, a partire dal 2019.

Nel primo webinar del marzo 2020 non si è parlato di *burnout*, ma di benessere. “Medice, cura te ipsum” ovvero “Medico, cura te stesso” è una locuzione che si trova nel vangelo di Luca e intende riferirsi a coloro i quali giudicano i difetti altrui, senza avere contezza dei propri; quindi, questa frase sembra significare, più che un’esortazione, una sorta di ipocrisia nel comportamento di chi, volendo curare gli altri, non si prende cura di se stesso. Ma il paradigma su cui si basa la formazione accademica del personale sanitario non invoca mai questo elemento di salvezza personale (l’etimologia di salute è la stessa di salvezza) per poter esprimere al meglio la capacità di sostenere la salute altrui. Di qui la necessità di richiamare un nuovo (anche se antichissimo) costruito culturale: il benessere di chi cura è essenziale. Durante i momenti formativi sono state presentate le problematiche dello stress dei curanti al fine di comprenderne le difficoltà e le esigenze di chi cura per trovare opportunità di benessere per i professionisti chiamati a confrontarsi con la complessa dimensione dei bisogni propri e del paziente. Il processo dinamico dal *burnout* al benessere non è una semplice ricetta, né una formula magica: richiede una postura paziente, che inizi a valutare le proprie fragilità, senza temere di tradire la tradizione del curante onnipotente.

Nel secondo webinar (settembre 2021) si è, invece, tenuto conto della sanità nel periodo dell’emergenza del COVID-19, che, come in altri settori, ha dovuto far fronte a mutamenti di vecchi paradigmi culturali, sociali, economici, scientifici, filosofici e spirituali. Gli operatori sanitari si sono trovati a fronteggiare la pressione a cui è stato sottoposto il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) durante l’epidemia impegnandosi con passione, ma anche con un sovraccarico fisico ed emozionale che ha comportato un forte stress oltre ad altri problemi di salute. Curare i curanti ha, quindi, significato proporre loro una competenza che iniziasse con una solida formazione nell’ambito della relazione, con sé e con gli altri, dell’autoregolazione delle emozioni, del clima organizzativo, dei processi di resilienza e dell’importanza del metodo narrativo. Si è data, pertanto, attenzione e priorità alla resilienza e al benessere degli operatori impegnati nella cura sostenendo la loro salute emotiva, fisica, psichica, sociale, intellettuale e spirituale al fine di

permettere una qualità di vita che consentisse loro una migliore capacità di intervenire nella qualità della cura.

Nel terzo webinar del marzo 2022 si sono analizzate, al fine della preparazione della formazione ai curanti, le evidenze scientifiche che hanno dimostrato che gli operatori sanitari che hanno assistito pazienti affetti da COVID-19 hanno sperimentato sintomi di depressione, ansia, insonnia e distress. Nella formazione proposta presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) si è quindi cercato di rispondere correttamente alle esigenze che ha vissuto in questo periodo il personale sanitario collegando le problematiche emerse per cercare di affrontare e correggere i fattori di rischio presenti e per individuare e promuovere nuovi fattori di protezione. Abbiamo presentato delle interviste ad alcuni operatori sanitari in prima linea nella cura dei pazienti affetti da COVID-19. Questi video, ad alto contenuto emotivo, hanno restituito a noi tutti presenti (rigorosamente online) il senso di responsabilità di medici e infermieri, stremati eppure profondamente motivati nel loro impegno lavorativo. Gli approfondimenti sulla fisiopatologia del carico allostatico, sul supporto psicologico nell'evento avverso, sulle problematiche dei curanti nell'affrontare il fine vita hanno fatto da cornice teorica intorno al racconto dell'esperienza vissuta.

Nel quarto webinar svoltosi a marzo 2023 sono stati approfonditi due aspetti legati alla cura dei curanti ovvero il genere e l'arte. Già nel 1998 la *World Health Organization* (WHO) aveva preso atto delle differenze tra i due sessi e inserito la medicina di genere nell'*Equity Act*, a testimonianza che il principio di equità doveva essere applicato all'accesso e all'appropriatezza delle cure. Undici anni dopo, nel 2009, la WHO ha istituito un Dipartimento attento alle differenze di genere e, successivamente, ha identificato il "genere" come tema imprescindibile della programmazione sanitaria (UN-HABITAT, 2014). Recentemente si è costatato un cambiamento nell'ambito delle professioni sanitarie assistendo a una crescente femminilizzazione di attività che erano tradizionalmente di competenza maschile. È il caso, ad esempio, della professione medica dove la presenza delle donne ha superato quella dei colleghi maschi dipendenti del Servizio sanitario nazionale e la professione infermieristica, un tempo svolta quasi esclusivamente da donne, sta aumentando tra gli uomini.

Questo fenomeno ha richiesto un approfondimento delle differenze biologiche, sociali, psicologiche e culturali che costellano il vissuto e i comportamenti dei curanti.

L'arte, invece, è stata considerata come cura in quanto intesa come "nutrimento" per il benessere, che può influenzare positivamente la qualità di vita mantenendo viva la soddisfazione nel lavoro quotidiano. Negli ultimi anni le esperienze che hanno fatto incontrare l'arte – nella sua accezione più ampia, dalla letteratura alla pittura, alla musica e al cinema – hanno visto un vero e proprio decollo. L'arte, infatti, come afferma la WHO è terapia in quanto in grado di rendere più resilienti ed empatici i professionisti della salute nella relazione con il paziente.

Nel quinto webinar, dal titolo "Cura di sé per curare gli altri", invece, il focus è stato centrato sulla salute del personale e sull'organizzazione e la cultura del posto di lavoro, che comportano effetti considerevoli sulla qualità dell'assistenza.

I cambiamenti nell'ambiente di lavoro degli ultimi anni, la carenza di personale, l'aumento della complessità delle strutture clinico-assistenziali e dei bisogni delle persone malate, anche in considerazione della recente epidemia, hanno pesato notevolmente sulla qualità di vita degli operatori.

Si è reso necessario analizzare il contesto e perfezionare le conoscenze del personale offrendo metodologie e strumenti utili a migliorare le capacità "intorno a se stessi" e "intorno alla cura".

Si è pertanto posto l'accento, attraverso analisi e approfondimenti su quanto emerso negli anni precedenti, per consolidare il cambiamento culturale e scientifico in atto, valutare la percezione di salute e l'ambiente di vita e di lavoro dei professionisti. Sono state analizzate offerte organizzative e strutturali sul tema della promozione di un posto di lavoro sano nel contesto

assistenziale e identificati strumenti per aiutare a comprendere chi sono i referenti e le azioni da porre in essere per la promozione del benessere degli operatori sul posto di lavoro. È stato altresì presentato uno strumento di autovalutazione del self empowerment, empatia e coping, messo a punto dal gruppo della cura dei curanti dell'ISS per avviare un cambiamento e promuovere l'autoconsapevolezza degli operatori.

Curare i curanti, per il nostro gruppo, significa soprattutto condividere con gli operatori un modello di cura che, in un'ottica bio-psico-sociale, adotti una visione sistemica della fisiologia e consenta di accogliere istanze intra e interpersonali, sociali e culturali.

Nei prossimi anni, il team dell'ISS si impegna a continuare il supporto ai curanti nel recupero e perfezionamento della dimensione fondamentale della relazione medico-paziente.

Bibliografia

UN-Habitat. *Gender Equality Action Plan (GEAP) 2014-2019*. Nairobi: United Nations Human Settlements Programme; 2014.

PUNTO DI VISTA SOCIOLOGICO: LA NECESSITÀ DI UN APPROCCIO MULTIPROFESSIONALE NELLA CURA

Anna De Santi

Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

La salute costituisce uno dei fondamenti dell'organizzazione sociale. Alla base della società, la promozione e il mantenimento in salute dei membri dovrebbe essere l'esigenza primaria di ogni governo. Nell'ambito della salute, la sociologia ha cercato di definire le caratteristiche del "lavoro di cura" nei servizi analizzando la distribuzione del lavoro fra operatori della salute, individui, famiglie, servizi pubblici, terzo settore e mercato facendo emergere la compresenza di diversi attori, modi e forme di cura proprio perché essa rivolge la propria attenzione non ad un particolare sub-sistema sociale, ma analizza aspetti della salute attraverso un'ottica multidimensionale, multidisciplinare e multifunzionale.

La sociologia intende infatti la salute come:

1. dimensione co-involgente;
2. dimensione bio-psico-sociale;
3. territorio: continuità delle cure;
4. ricomposizione delle cure;
5. demedicalizzazione della vita;
6. multiprofessionalità;
7. prendersi cura (*to care*) ovvero come aiuto a perseguire il progetto di vita di ogni individuo puntando sullo sviluppo del potenziale umano (Ardigò, 1997).

Nella sua evoluzione, la sociologia, seguendo la strada tracciata da altre discipline che si occupano della persona, ha consolidato un "orientamento curativo" verso la società, ritrovando la propria utilità nel poter dare un contributo allo studio delle patologie sociali, allo scopo di guarirle, risolverle o comunque lenirle. La sua impostazione si è allineata, in questa prospettiva, con l'idea di contribuire al miglioramento e al benessere della società individuando i malesseri e la loro eziologia per sradicarli o risolverli (Secondulfo, 2016).

Cambiamenti delle malattie

Nel giro di mezzo secolo si è verificato un *cambiamento straordinario delle malattie*. Il medico che sino a cinquant'anni fa trattava prevalentemente patologie acute oggi deve fare i conti soprattutto con quelle croniche. Ed è proprio in queste malattie disabilitanti e inguaribili che il rapporto medico-paziente ha assunto una rilevanza centrale, mentre la tradizionale formazione culturale e professionale del medico non si è ancora del tutto adeguata per poter affrontare la sfida della cronicità.

A differenza del passato, nella società di oggi esiste un'ampia divulgazione d'informazioni medico-scientifiche e l'approccio specialistico e altamente tecnologico della medicina moderna si confronta con individui che hanno maggiori aspettative e chiedono di comprendere i meccanismi diagnostici e terapeutici in modo da poter partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la cura della propria salute (De Santi & Simeoni, 2010).

Forme della cura tra passato e presente

I modelli comunicativi della relazione medico-paziente sono cambiati nel tempo: da paternalistici e irrispettosi dell'autonomia del paziente, si sono evoluti divenendo più paritari e democratici, attenti ai valori e alle convinzioni del malato. Parallelamente a questa metamorfosi, sono cambiate anche le malattie. Un tempo il medico aveva a che fare con traumi e malattie infettive e, decidendo spesso nell'emergenza, non sentiva il bisogno di particolari doti comunicative. Al giorno d'oggi deve, invece, confrontarsi con patologie di lungo percorso con le quali il malato deve convivere per anni, quali il diabete, l'ipertensione e il cancro. Proprio la convivenza prolungata con la malattia cronica ha costretto il professionista ad attrezzarsi, aggiungendo alle competenze tecniche quelle comunicative.

Inoltre, i pazienti sono diventati più esigenti e informati grazie alle notizie riportate da giornali, televisione e internet; arrivano negli ambulatori con un bagaglio di conoscenze, dati e numeri. Spesso portano con sé plichi di pagine tratte da internet o ritagli di giornale e pongono domande specifiche e pertinenti. Ma questo eccesso di informazione è talvolta faticoso da gestire in quanto può provocare aspettative, illusioni e disorientamento.

La medicina ad alta specializzazione tecnologica, inoltre, non ha fatto che aumentare la distanza tra medico e malato.

Un altro problema nell'ambito della relazione consiste nel fatto che il malato può incontrare, nel suo iter diagnostico e terapeutico, specialisti diversi (es. il radiologo, l'ecografista, l'analista, l'endocrinologo e l'oncologo) in luoghi diversi con i quali instaura una relazione di breve durata. In questi casi il percorso del paziente viene quindi "spezzettato" senza essere accompagnato da un'unica figura di medico che si prende cura di lui.

Cambiamenti socio-demografici

L'età anagrafica sembra essere un fattore che incide sullo stress degli operatori e sul loro *burnout* (Santinello & Negrisolò, 2009). Come dimostrato in molti studi, sono gli operatori più giovani ad essere più a rischio rispetto ai colleghi esperti, e questo perché:

- hanno meno esperienza alle spalle; hanno meno consapevolezza delle proprie risorse e dei propri limiti psicofisici;
- hanno grande entusiasmo nei confronti della professione, il che porta loro ad avere ideali e aspettative che non coincidono con la realtà (Santinello & Negrisolò, 2009).

L'esperienza professionale invece renderebbe l'operatore meno vulnerabile al *burnout*, che può comunque manifestarsi ma verosimilmente con una sintomatologia attenuata e meno intensa, in quanto si impara a convivere con il bello e il meno bello del lavoro.

Il sesso non sembra essere determinante nell'insorgenza della sindrome da *burnout*. Diventa significativo invece se si è interessati alle singole dimensioni emotive di cui essa è composta: pare che le donne siano più esposte all'esaurimento emotivo, mentre gli uomini alla depersonalizzazione (Santinello & Negrisolò, 2009).

Contesto della cura

A mettere in crisi il rapporto e a complicare le cose si inseriscono indubbiamente anche i fattori riguardanti l'organizzazione sanitaria.

In quest'ottica la disponibilità a dialogare, comunicare e ascoltare rappresenta, oggi, uno degli elementi centrali di ogni processo di relazione terapeutica tra medico e paziente. Apprendere modelli e tecniche specifiche non solo consente di aumentare la possibilità di comunicare in modo efficace, ma crea alleanze terapeutiche utili a modificare o consolidare comportamenti di salute.

La comunicazione tra medico e paziente è un incontro che si svolge entro un contesto definito, vale a dire in un ambiente specifico come uno studio, un ambulatorio, una corsia ospedaliera o un'abitazione.

Occorre considerare, infatti, che nella comunicazione tra professionisti e pazienti non esistono modelli comunicativi applicabili a ogni tipo di contesto, in quanto devono essere prese in considerazione le caratteristiche fondamentali di una relazione terapeutica ovvero i ruoli, le specificità individuali, il patrimonio cognitivo, il linguaggio, i significati, le emozioni e i valori dell'individuo (De Santi & Simeoni, 2010).

Uno dei fattori determinanti nella cura da parte dei curanti consiste nell'analisi:

- della *cultura* sia dei professionisti della salute che dei loro pazienti in quanto essa determina convinzioni, modalità di percepire la vita e riveste un ruolo determinante nella costruzione della relazione, nella comprensione del contesto in cui vive il paziente e da cui possono emergere i problemi;
- dei *valori* che rivestono una grande importanza nella cura in quanto l'operatore della salute deve essere consapevole, sia dei propri che di quelli del paziente per rispettarli e non imporre i propri;
- dello *stato emotivo* in quanto i problemi personali dell'operatore lo possono rendere meno "aperto" e quindi più distratto nel prestare attenzione al paziente.

Nonostante le evoluzioni sociali, non è stata rinforzata una vera e propria politica di promozione della salute e di difesa delle forme efficaci di cura che, non sempre, sono state e sono in sintonia con le esigenze emergenti del Paese in quanto spesso hanno operato in modo scoordinato e prestazionista, invece, che in una prospettiva processuale e relazionale. Gli operatori sociosanitari presenti negli attuali sistemi di cura e inseriti in questo assetto, non sono stati adeguatamente preparati alle nuove esigenze sanitarie e non sono in grado di contrastare in modo efficace le sempre più numerose forme di malessere, inabilità e malattie.

Nell'analisi dei mutamenti sociali, infatti, troviamo, nel tempo, tantissimi cambiamenti nell'ambito della salute (rapporto medico-paziente, sviluppo tecnico scientifico digitale, innovazioni cliniche e grandi accessi alle tecnologie di trattamento più avanzate) che hanno comportato modifiche dei rapporti tra curanti e pazienti. Il lavoro del personale sanitario ha risentito, pertanto, degli scenari critici dei contesti in cui ha operato (vedi la recente pandemia o i disagi legati ai tagli alla sanità). Permangono, quindi, disguidi e pregiudizi legati a problematiche sanitarie, disegualianze nella salute, scarsa qualità tecnica e/o relazionale delle cure, assenza di reti familiari e informali, disagi tra il personale curante e scarsa valorizzazione di coloro che curano.

Problematiche sempre presenti nei curanti

Si riportano *aspetti di malessere* sotto forma di risposte a "domande aperte" risultanti da una indagine su un campione di medici di medicina generale italiani (Padula, 2008):

- eccessivo carico burocratico;
- eccessive aspettative da parte dei pazienti e familiari;

- aumento vertiginoso delle richieste da parte degli utenti, sempre più esigenti (tutto e subito);
- maleducazione;
- necessità di mettere in atto una sorta di “medicina difensiva” per la paura di implicazioni medico-legali;
- poco tempo (e voglia) di aggiornarsi e di studiare;
- fretta;
- ripetitività;
- formalismi;
- convinzione di molte persone riguardo al fatto che il lavoro del medico sia una missione e quindi, come tale, non debba avere limiti di tempo e di disponibilità, soprattutto quando questo è giustificato da serie condizioni di salute;
- continue interruzioni a causa delle numerose telefonate, che innervosiscono molto e a volte provocano uno stato d’animo negativo sui pazienti;
- verifiche periodiche sulla prescrizione farmacologica e sull’appropriatezza;
- presentazione di documentazioni e compilazioni di schede di verifica attività;
- osservazione di protocolli;
- lavoro in condizioni di isolamento;
- gestione di frequenti cambiamenti di regole (leggi e decreti);
- gestione di frequenti cambiamenti di note;
- timore di inadeguatezza;
- gestione di frequenti cambiamenti di percorso;
- riunioni di lavoro con i colleghi e con le altre strutture sociosanitarie del territorio.

Da anni le compagnie assicurative hanno dovuto effettuare un risarcimento per un ammontare triplo rispetto al passato. Le sentenze giudiziali a carico dei medici aumentano, provocando un loro atteggiamento difensivo che comporta o una riduzione degli interventi terapeutici al minimo indispensabile per non correre rischi, o una prescrizione di esami e trattamenti inutili (la cosiddetta “medicina difensiva”) (Ribatti, 2004).

Nel caso dei medici di famiglia, a differenza di quello di cui soffrono coloro che operano in area critica (rianimazione, emergenza territoriale, pronto soccorso), il malessere origina non dalla natura stessa del lavoro, ma dall’approccio al lavoro che i medici hanno assunto negli ultimi anni, auto-assegnandosi un ruolo di impiegato burocrate, che si è sempre più allontanato dal ruolo centrale e fondamentale che è quello dei medici di famiglia.

Conclusioni

Se oggi osserviamo lo scenario in cui operano i curanti troviamo che, le grandi sfide del futuro, previste dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e dal Piano strategico di Horizon Europe programma quadro dell’Unione Europea (UE) 2021-2027 (Ricciardiello *et al.*, 2021) prevedono ambiziose richieste di salute come:

- la riduzione del carico di malattia,
- il miglioramento dell’ambiente,
- l’accesso ad un’assistenza sanitaria sostenibile e di alta qualità,
- lo sviluppo del potenziale di nuovi strumenti, tecnologie e soluzioni digitali per il miglioramento della sanità pubblica.

A fronte di questi ambiziosi obiettivi la sanità oggi risente invece delle nuove scelte, ovvero:

- della riduzione per la spesa del personale sanitario,

- del blocco del *turnover*,
- dell’abbattimento di migliaia di posti letto
- della chiusura di numerose unità ospedaliere (con relativo accorpamento compulsivo delle ASL) che per milioni di italiani si è tradotta in richiesta di prestiti per poter accedere alle prestazioni sanitarie.

Se consideriamo, inoltre, che lo stato di salute nel Paese è attualmente minacciato dall’invecchiamento della popolazione, dalla multimorbosità, dalla carenza di personale sanitario e dal crescente problema delle malattie non trasmissibili prevenibili (incluse le malattie neurodegenerative e le malattie rare) oltre ai grandi cambiamenti dovuti alla pandemia, possiamo comprendere come il personale sanitario debba far fronte a rimodulazioni dei luoghi di lavoro, riorganizzazioni delle proprie attività e modifiche delle relazioni con i familiari e parenti e fra loro stessi (Ministero della Salute, 2022).

Tutto questo stravolgimento ha causato e causa in loro un importante aumento dei livelli di stress con più o meno gravi conseguenze sul loro benessere fisico ed emotivo.

Si pensi solo a quanto disagio è stato vissuto dai curanti durante il recente scenario emergenziale SARS-CoV-2 per comprendere quanto abbiano influito sul malessere degli operatori: l’esposizione al rischio biologico, le iniziali difficoltà nel reperimento dei dispositivi di protezione individuale, il carico di lavoro eccessivo e la mancanza di riposi adeguati, la gestione di pazienti complessi, l’assenza di cure con efficacia dimostrata, la discrepanza tra bisogni dei pazienti e risorse a disposizione, i sentimenti di vulnerabilità o la perdita di controllo insieme con le preoccupazioni per la propria salute e la paura di diffondere l’infezione ai propri familiari e la rabbia verso l’organizzazione (Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19, 2020).

Nonostante il periodo critico sembra passato permangono molti problemi aperti per molti curanti come:

- carichi eccessivi di lavoro;
- percezione di scarsa tutela;
- incertezza su “a chi rivolgersi per recuperare il benessere psicofisico”;
- sovrapposizione di offerte psicologiche non coordinate;
- mancanza di luoghi di «decompressione”;
- difficoltà di curare pazienti con demenza o Malattia di Alzheimer;
- mancanza di preparazione agli eventi legati alla morte e a lutti angosciosi e molte altre risposte non ancora adeguate alla situazione.

Bibliografia

- Ardigò A. *Società e salute*. Lineamenti di sociologia sanitaria, Milano: Franco Angeli; 1997
- De Santi A, Simeoni I. *Il medico, il paziente e i familiari*. Guida alla comunicazione efficace, Torino: Seed edizioni; 2010
- Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 28 maggio*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 22/2020 Rev.).
- Ministero della Salute. *Relazione sullo stato Sanitario del Paese 2017-2021*. Roma: Ministero della Salute; 2022.
- Ribatti D. La fine del rapporto tra medico e paziente è la crisi della medicina? *Recenti Progressi in Medicina* 2004;95:1-2.

Ricciardiello L, Leja M, Ollivier M. Horizon Europe, the new programme for research & innovation: Which opportunities for GI research in the years to come? *United European Gastroenterol J.* 2021 Apr;9(3):407-409. doi: 10.1002/ueg2.12073.

Santinello M, Negrisolo A. *Quando ogni passione è spenta. La sindrome del burnout nelle professioni sanitarie.* New York: McGraw-Hill; 2009.

Secondulfo D. *Sociologia del benessere. La religione laica della borghesia.* Milano: Franco Angeli; 2016.

PUNTO DI VISTA ANTROPOLOGICO: PER UNA CULTURA DELLA CURA

Eloise Longo

Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Contesto culturale

Il mondo della salute e della sanità è profondamente cambiato nel corso degli ultimi decenni a seguito di innovazioni tecnologiche, biomediche, al progressivo invecchiamento della popolazione e alla crescente esposizione a fattori nocivi per la salute. A ciò si aggiunge il progressivo taglio alla spesa sanitaria e la pandemia che hanno complessivamente comportato un carico di lavoro e di stress per gli operatori sanitari che inevitabilmente a detrimento della salute non solo degli operatori stessi, ma anche delle persone che al servizio sanitario nazionale riescono ad accedere con crescente difficoltà. Se questo è lo scenario macrosociale le risposte comportano un mutamento culturale del paradigma biomedico in favore di quello bio-psico-sociale.

L'importanza di questo modello – definito per la prima volta da G. Engel nel 1977 – risiede innanzitutto nel riconoscimento della dimensione culturale della malattia e della cura (Albasi & Clerici, 2006). Il rovesciamento della prospettiva organicista che vede nella persona malata solo la disfunzione di un organo a favore, invece, di una prospettiva psico-sociale che guarda a questi aspetti come fattori in grado di influenzare lo stato di salute/malattia si colloca all'interno della crisi del paradigma biomedico. Malgrado la trionfante espansione del sistema biomedico, i suoi sviluppi conoscitivi e successi nel campo della prevenzione e della terapia, la medicina occidentale sembra manifestare oggi sempre più chiaramente alcuni limiti interni e segnali di crisi.

Tali segnali possono essere sinteticamente individuati in una crescente spinta alla frantumazione specialistica della formazione e pratica medica, ad un uso e, spesso improprio, affidamento alla diagnostica strumentale a detrimento della diagnosi clinica, a una crescente burocratizzazione degli apparati e dei servizi sanitari e socio-assistenziali, alla progressiva spersonalizzazione del rapporto medico-paziente e alla sostanziale oggettivazione dello stesso come mero portatore di infermità (Seppilli, 1996). L'eccessiva medicalizzazione porta con sé una serie di conseguenze che Ivan Illich definisce “iatrogenesi culturale”, si tratta di quell'aspetto della medicalizzazione che porta ad una dipendenza totale delle persone dalla medicina mediante la perdita di una cultura di autogestione della propria salute, di autonomia, di auto-responsabilizzazione che è un patrimonio appartenente a ogni cultura e a ogni civiltà (Illich, 1977).

In tale scenario sono oggi in molti a sostenere che l'assunzione di una prospettiva bio-psico-sociale favorirebbe la prevenzione primaria e ridurrebbe la spesa sanitaria (De Nardis *et al.*, 2019). A ciò si aggiunge un'altra importante trasformazione: la crisi del sistema “ospedale-città” e un ritorno alla medicina territoriale attraverso, ad esempio, la *community care*.

Si afferma sempre più l'esigenza di un “bisogno di curare” la comunità, partendo dalla constatazione di un “vuoto” che si è venuto a creare al suo interno. Un vuoto caratterizzato dalla disgregazione di un tessuto politico e socio-culturale che, unitamente alla crisi del modello tradizionale di welfare, ha fatto venir meno il senso di appartenenza e reciprocità tra le persone, sia a livello individuale che di gruppo. Curare significa, quindi, creare relazioni a partire dalla conoscenza dei bisogni delle persone, orientando gli interventi (sanitari, politico-economici, ecc.) verso nuove forme di integrazione e con il supporto delle reti comunitarie. Il territorio, la comunità

si trasforma in un campo di azione in cui ad essere curata non è solo la singola persona ma il contesto di appartenenza.

L'obiettivo è quello di recuperare la capacità di personalizzazione del rapporto medico-paziente che deve allargarsi all'orizzonte di riferimento sociale in cui il malato è culturalmente inserito, recuperando una sufficiente conoscenza dei significati, dei valori e degli orizzonti di riferimento culturali e materiali che danno senso al suo stile di vita, al suo atteggiamento verso gli stati di salute e malattia, alle "attese" che motivano il rapporto con il medico (Seppilli, 1996). Il problema è centrale, si tratta di rimettere in comunicazione due culture che oggi sempre più spesso non dialogano, quella del paziente e *caregiver* da una parte, quella dell'ambiente socio-sanitario dall'altra. Entrambe le culture pur avendo al centro lo stesso problema, il recupero della salute, mettono in atto risposte settoriali non coordinate. Questo è causa di distorsioni comunicative, e vere e proprie barriere prodotte da specifiche e reciproche diffidenze, dissonanze cognitive, eterogeneità di motivazioni, valori, priorità. Le strutture sanitarie tendono, quindi, ad attestarsi su uno stretto biologismo, scartando e sottovalutando tutto l'aspetto culturale soggettivo. Si afferma vie più la necessità di recuperare il vissuto personale, quella "grammatica narrativa" come parte integrante del processo di guarigione (Pandolfi, 1991; Good, 1994), ponendo attenzione all'interpretazione che la persona dà all'evento malattia in coerenza con il suo universo culturale ed emozionale (Seppilli, 2000).

Tali considerazioni vanno tenute presenti quando si prende in considerazione lo stress degli operatori sanitari. L'emergenza sanitaria ha, infatti, amplificato uno stravolgimento nella relazione di cura, nell'organizzazione sanitaria, nei vissuti di cura degli operatori sanitari. Le testimonianze degli operatori evidenziano la necessità di ritrovare se stessi, tornare a fare affidamento sulle proprie capacità attraverso un processo di valorizzazione delle risorse fisiche e psichiche nel proprio contesto di lavoro e di vita, ponendo l'accento su ciò che si può fare pur in presenza di limitazioni organizzative.

Verso una cultura della cura

Uno degli aspetti più rilevanti nella qualità dei servizi sanitari e in generale della cura è proprio il benessere degli operatori, aspetto di cui molto si parla, ma poco si fa in termini di investimenti e risorse. È necessario un riposizionamento della persona sia essa operatore che paziente al centro della cura. Questo fenomeno porta con urgenza a rileggere e aggiornare in una dimensione dinamica e processuale la cultura della cura.

Il curante ha dovuto esprimere specifiche capacità professionali che rilette nella cornice inedita della pandemia vedono coesistere competenze professionali vecchie e nuove. Al riguardo vale la pena soffermarsi sul mutato e insolito contesto socio-sanitario determinato dalla pandemia.

Le pratiche di distanziamento e di confinamento domestico, l'uso dei dispositivi di sicurezza nella fase emergenziale, ha visto gli operatori sanitari maggiormente esposti, "stretti" tra una duplice realtà psico-emotiva: fragilità e paure, da una parte, resilienza e rinnovata forza e determinazione, dall'altra.

Prendersi cura degli altri in emergenza è stato un imperativo categorico al quale gli operatori non si sono sottratti. Tuttavia, la relazione di cura è stata minata da una certa fragilità interna dovuta a una serie di fattori: personali (paura di contrarre il virus, preoccupazione di infettare i propri famigliari, paura della morte, difficoltà dovute alla gestione della quotidianità, carico fisico e psico-emotivo) e organizzativi (carenza di personale, mancanza di supporto da parte delle direzioni sanitarie, mancanza di un sostegno psicologico). In tali condizioni riuscire a reagire a una eventuale sconfitta ha determinato negli operatori una realtà emotiva che ha condizionato fortemente la possibilità di tornare a essere attivi e propositivi nel contesto di vita professionale e

non. L'operatore è rimasto imprigionato in un tempo cristallizzato in cui al dolore per la sconfitta umana e professionale si sono aggiunti nel periodo post pandemia ulteriori elementi di criticità.

Lo sguardo antropologico nella cura e promozione del benessere degli operatori è, quindi, rivolto sia ai singoli individui in quanto parte di un determinato contesto sociale che in quanto portatori di uno specifico patrimonio culturale. In tale prospettiva particolare rilevanza assumono sia le pratiche e concettualizzazioni condivise che le differenze tra modi di pensare e concepire la realtà. Al riguardo è interessante notare che il termine antico *salus* comprendeva sia il benessere che la felicità prefigurando un'accezione ben più ampia di quella di assenza di malattia termine ormai superato nella definizione della *World Health Organization* (WHO), ma ancora fortemente persistente a livello collettivo.

Un elemento importante da considerare è che la salute/malattia e il sistema medico – che, nell'ottica dell'approccio prescelto, sarebbe propriamente definire “sistema di cura” – costituiscono veri e propri sistemi culturali. Senza entrare nel merito dell'ambito teorico sviluppato dall'Antropologia medica che si sviluppa proprio negli anni in cui comincia a delinearsi il modello bio-psico-sociale in risposta alla crisi del sistema bio-medico, vale la pena ribadire lo stretto legame tra cultura e salute, nel senso che la cultura orienta l'interpretazione e il sistema di senso dell'evento malattia inquadrandolo nelle concezioni generali che attribuiscono valore o disvalore agli accadimenti esistenziali legati alle loro rappresentazioni culturali (Longo, 2012).

Emerge, quindi, la necessità di soffermare l'attenzione sul benessere degli operatori nell'ottica della promozione e sviluppo di una cultura della salute che passi attraverso un ri-orientamento delle strutture sanitarie. Tale prospettiva s'inserisce all'interno delle *Health Humanities*, un ambito interdisciplinare che unisce professionisti della salute, studiosi di discipline umanistiche tradizionali, artisti, scrittori e studenti di scienze umanistiche, sociali e sanitarie. Le *Health Humanities* esplorano la condizione umana e la sua intersezione con la salute, la malattia e la guarigione attraverso la lente delle discipline umanistiche e delle sue metodologie come mezzo per interrogare la storia e la cultura della medicina; esplorare l'incarnazione, l'individualità e la socialità; e preparare aspiranti professionisti nei campi relativi alla salute (Klugman *et al.*, 2019).

Comprendere l'intricata relazione tra la condizione umana e la salute, le disparità socio-culturali e di genere nella salute può fornire ai futuri professionisti della salute e agli operatori una chiave di lettura più ampia dei sintomi di malessere e disagio psico-fisico.

In tale scenario la prospettiva “umanizzante” assume una valenza socio-culturale di estrema rilevanza. Può fornire legittima istanza e inquadramento a sintomi, bisogni, proposte, scenari di cura che il modello bio-medico ha da tempo trascurato. Leggere e interpretare i vissuti degli operatori sanitari in tale prospettiva può delineare una “inedita” cultura della cura espressione di benessere che risponde a un bisogno di cura.

Narrazioni quale pratica riflessiva di ben-essere

È noto che le professioni sanitarie sono ad alto impatto relazionale, emotivo e psicologico. Tra i costi dell'attuale medicina spesso, però, si dimentica di considerare il costo umano dello stare dentro i sistemi sanitari pubblici. Quanto è emotivamente sostenibile svolgere una professione medica oggi?

Un recente studio sul benessere dei professionisti realizzato dall'Università di Genova con il sostegno dalla Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) rileva un dato preoccupante: 6 infermieri su 10 sono in *burnout*. Il 59% degli infermieri in servizio negli ospedali italiani è molto stressato e il 36% sente di non avere il controllo sul proprio carico di lavoro. Il 47,3% si percepisce “privo di energia” e nel 40,2% dei casi si ravvisa un esaurimento emotivo

elevato. Il 45,4% ritiene che l'impegno professionale non lasci abbastanza tempo per la propria vita personale e familiare. Il 45,2% si dichiara pronto a lasciare l'ospedale per "insoddisfazione lavorativa" dovuta a basse retribuzioni, mancanza di carriera e carenza di personale (Bagnasco *et al.*, 2023). Dati allarmanti che evidenziano come le diverse forme di stress a cui sono sottoposti gli operatori siano causa di *burnout* e abbandono della professione.

È necessario e urgente ripartire da un ascolto e una lettura delle storie individuali per mettere a fuoco possibili strategie e soluzioni che facciano fronte al disagio emotivo e senso di solitudine degli operatori.

Immergersi nelle storie degli operatori significa entrare in una fitta trama di relazioni che inevitabilmente non sono altro che storie di sé, di chi la sanità la vive tutti i giorni.

La narrazione diventa, quindi, lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella relazione di cura (operatori, pazienti, *caregiver*) per costruire e individuare percorsi di ben-essere e ristabilimento della salute. La Medicina Narrativa è divenuta nel corso degli anni una prassi consolidata d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La medicina narrativa offre la possibilità di cogliere il non detto, i silenzi, il disagio, la forza sottesa all'esperienza di eventi traumatici nella consapevolezza come sosteneva G. Flaubert che esprimere quello che sentiamo è sempre un'impresa difficile.

L'esperienza, tuttavia, è molto più ricca di quanto non sia la sua narrazione poiché ad essa si accompagnano sentimenti, emozioni che danno vita a nuove riflessioni, ulteriori domande, in sintesi, a nuove forme di narrazione. In modo analogo le narrazioni di malattia rappresentano per l'io narrante e la persona che riceve il racconto – sia esso medico, infermiere o altro operatore – uno strumento terapeutico fondamentale.

La narrazione, dunque, è implicita nella relazione di cura e consente alla persona di ricostruire secondo un ordine logico-sequenziale sentimenti di paura, ansia, dolore, sofferenza connessi all'evento malattia. In alcune realtà ospedaliere sono nati laboratori di scrittura che permettono agli operatori che vogliono farne esperienza di esprimere il proprio vissuto in narrazioni condivise e partecipate.

Il genere nella relazione di cura

L'attenzione al genere in sanità pubblica è una scelta di politica sanitaria che ha come finalità l'appropriatezza sia nella prevenzione che nella diagnosi, nella cura e nella riabilitazione. In questo contesto l'approvazione della Legge 3/2018 e in particolare l'articolo 3 "Applicazione e diffusione della medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale" hanno sicuramente rappresentato un passo fondamentale. Sono sempre più numerosi i dati basati su evidenze scientifiche che mostrano la presenza di importanti differenze tra uomini e donne che, a vari livelli, possono influire sullo stato di salute e di malattia di ciascun individuo.

L'approccio di genere in medicina (sinteticamente definito come "medicina di genere") analizza le differenze che portano alle disuguaglianze di salute tra uomini e donne, esaminando sia i limiti posti da un'errata comprensione delle differenze fisiologiche tra i due sessi, sia dai condizionamenti culturali che portano uomini e donne ad approcciarsi alla salute e al benessere in maniera diversa.

Lo squilibrio di genere in salute è dimostrato da differenze nell'aspettativa di vita, dagli anni di vita in buona salute, dalla mortalità e dai rischi di morbilità. L'interazione tra fattori biologici e sociali è alla base del cosiddetto 'paradosso di genere': le donne vivono più a lungo degli uomini, ma trascorrono meno anni in buona salute (Oksuzyan *et al.*, 2008; Gordon *et al.*, 2017). Acquisire conoscenze sesso/genere-specifiche in merito sia al manifestarsi delle patologie che agli effetti

delle cure farmacologiche sull'organismo maschile e femminile, dovrebbe andare di pari passo con il potenziamento della formazione medica e di tutti gli operatori della salute, per rendere più efficace l'identificazione, la diagnosi e la cura delle patologie che affliggono donne e uomini e non creare una salute disuguale tra sessi (Longo *et al.*, 2021).

Ma siamo sicure che questo approccio alla questione della cura sia quello giusto? Sì, ne siamo convinti. Per il nostro Paese è un passo importante. Tuttavia una diversa prospettiva ce la offre la filosofa Nancy Fraser nel sostenere che “il nodo della cura continua ad esistere perché si persiste nel tentare di risolverlo con le categorie della famiglia nucleare”. Le risposte alla crisi della cura mirano tutte alla conciliazione tra la dimensione domestica e la dimensione lavorativa, quando è ormai sempre più chiaro che nel sistema attuale la distinzione fra le due non è più così marcata. Con grande impegno si propende soprattutto per l'estensione della cura anche agli uomini, proponendo il modello «breadwinner universale»: cioè riequilibrare i ruoli di genere, affinché quel gap tra le ore lavorate dalle donne e dagli uomini si azzeri. Ma si aprono nuovi interrogativi: è sufficiente affrontare la crisi della cura agendo solo su chi se ne occupa? non sarebbe più opportuno ripensare la cura come bene comune, valore universale e fondante della società? I tempi ce lo chiedono, tuttavia una più equa e consapevole redistribuzione può accompagnarci verso la meta.

In conclusione, la sfida dei prossimi decenni non sta solo nell'osservare gli eventi per genere, ma nella capacità di individuare processi differenziati per genere e promuovere un paradigma bio-psico-sociale in grado di contrastare le iniquità e promuovere più salute nel rispetto delle differenze di genere.

Conclusioni

Volendo tracciare sinteticamente delle conclusioni, la prospettiva antropologica guarda alle persone culturalmente plasmate, diversamente dall'approccio biologizzante centrato sugli individui – soggetti biologici. Tale dualismo è all'origine delle accuse di inumanità che spesso sono rivolte alla biomedicina. Salute e malattia nella prospettiva antropologica travalicano, quindi, la mera dimensione organica e sono fatti sociali significanti e culturalmente plasmati dai contesti sociali (Lupo, 2014).

Salute e malattia in un'ottica olistica sono viste nella loro multidimensionalità psichica, affettiva, sociale, culturale, economica e politica. Emerge, quindi, una concezione di salute/malattia non legata esclusivamente ad elementi fisiologici, ma estesa soprattutto all'universo culturale sociale e individuale costituito da valori, credenze, concezioni, atteggiamenti e comportamenti. Tale universo spesso costituisce un vero e proprio sistema entro il quale viene, di volta in volta, interpretato lo stato di salute e malattia. Questo sistema differisce dal sistema medico inteso quale risposta più o meno istituzionalizzata che la società elabora per interpretare l'evento malattia.

In tale contesto la prospettiva “umanizzante” in senso lato può rappresentare il punto di incontro tra operatori e malati, fornendo una legittima istanza e inquadramento a sintomi, bisogni, e scenari di cura che il modello bio-medico aveva da tempo trascurato.

L'approccio antropologico restituisce agli operatori sanitari una molteplicità di possibili orizzonti significativi ai vissuti di malattia e alle molteplici vie seguite per recuperare lo stato di salute. La medicina narrativa in questo senso offre la possibilità di cogliere il non detto, i silenzi, il disagio, la forza sottesa all'esperienza di eventi traumatici (Longo, 2012).

In conclusione l'approccio antropologico:

- restituisce complessità alle rappresentazioni dei curanti;
- concorre nel sostenere lo sviluppo di una maggiore sensibilità riguardo agli aspetti comunicativi, psico-affettivi, emozionali, socio-culturali e cognitivi;
- promuove l'umanizzazione nella relazione della cura;
- incoraggia l'adozione di una prospettiva di genere.

Bibliografia

- Bagnasco A, Catania G, Zanini M, *et al.* Benessere professionale dell'infermiere e sicurezza delle cure in epoca pandemica. *L'Infermiere*. 2023;60(4):e164-e177. Disponibile all'indirizzo: <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2023/12/LInfermiere-60-4-2023-pages-e164-e177.pdf>; ultima consultazione 06/01/2024.
- Engel GL. The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-136.
- Good BJ. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico paziente*. Torino: Piccola Biblioteca Einaudi; 1994.
- Gordon EH, Peel NM, Samanta M, Theou O, Howlett SE, Hubbard RE. Sex differences in frailty: A systematic review and meta-analysis. *Exp Gerontol*. 2017 Mar;89:30-40.
- Illich I. *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Milano: Arnoldo Mondadori Ed.; 1977.
- Klugman CM, Lamb EG. Introduzione: aumentare le discipline umanistiche sulla salute. In: Klugman CM, Lamb EG (Ed.). *Research methods in health humanities*. New York: Oxford University Press; 2019. p. 1-11.
- Longo E, De Castro P, Popoli P, Giammarioli A. Benessere ed equità nella salute: un approccio di genere. In: Aguzzoli C, De Santi A, Geraci A (Ed.). *Benessere e gestione dello stress secondo il modello bio-psico-sociale: focus su scuola, università e sanità*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporti ISTISAN 21/4):78-91.
- Longo E, Volpini D. *Medicina e cultura. Prospettive di antropologia medica*. Roma: Aracne Ed.; 2012.
- Longo E. *Medicina narrativa e mondi di vita. Risultati di una ricerca sul campo in un contesto riabilitativo*. Roma: Aracne Ed.; 2012.
- Lupo A. Antropologia medica e umanizzazione delle cure. *AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*. 2014;16(37):105-126.
- Oksuzyan A, Juel K, Vaupel JW, Christensen K. Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clin Exp Res*. 2008 Apr;20(2):91-102.
- Pandolfi M. *Itinerari delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio campano*. Franco Angeli, Milano, 1991.
- Seppilli T. Antropologia medica: fondamenti per una strategia. *AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*. 1996;1(1-2):7-22.
- Seppilli T. Le nuove immigrazioni e i problemi di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo. *AM Rivista Della Società Italiana di Antropologia Medica*, 2000;5(9-10):35-58.

PUNTO DI VISTA PSICOLOGICO: IL VALORE DELLA CURA DEL CURANTE, IMPATTO DIRETTO E INDIRETTO SULLA PERSONA E SUL SISTEMA

Michela Rimondini

Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università degli Studi di Verona, Verona

Interventi diretti e indiretti a tutela del benessere psicologico del paziente: il ruolo chiave dell'operatore sanitario

La promozione e la tutela del benessere psicologico del paziente, nel corso dell'esperienza di malattia e di cura, sono la priorità assoluta dello psicologo clinico.

Questo obiettivo viene perseguito attraverso una serie di *interventi diretti* sul paziente, che spaziano dalla valutazione diagnostica al supporto psicologico, ma anche attraverso interventi che definiremo indiretti, poiché pervengono al suddetto obiettivo pur rivolgendosi ad altri destinatari.

Tra tali *interventi indiretti* si annoverano tutte le azioni volte al miglioramento del contesto in cui la persona ammalata vive e interagisce con la sua condizione di salute. A livello micro si fa riferimento alle attività volte a sostenere il contesto relazionale, innalzando la qualità della relazione terapeutica con le figure chiave che si avvicinano a fianco del paziente, rappresentate da un lato dall'equipe curante e dall'altro dai *caregiver* di riferimento. A livello macroscopico l'intervento psicologico si declina su piani di crescente generalizzabilità. Nell'ambito dei centri di cura, si concretizza nel contributo dato alla costruzione di luoghi ritagliati sulle esigenze dell'assistito e percorsi assistenziali che mettano al centro dell'organizzazione (logistica e lavorativa) la persona. A livello più globale, la prospettiva psicologica può guidare nella costruzione di politiche sanitarie che promuovano il principio dell'umanizzazione delle cure e favoriscano la messa in atto di campagne di prevenzione e sensibilizzazione atte a formare una comunità sempre più consapevole, che sappia accogliere la persona nella sua fragilità, senza mettere in atto comportamenti discriminatori e stigmatizzanti.

Questo insieme sinergico di azioni declinate su vari livelli, vede coinvolti quindi diversi interlocutori, ciascuno con precise e insostituibili responsabilità nel processo di salutogenesi e adattamento alla malattia. Da un lato la persona affetta da malattia è esortata all'assunzione di un ruolo attivo e partecipa in un'ottica di *patient empowerment* e dall'altro il sistema sanitario è richiamato ad una costante adesione al modello bio-psico-sociale di gestione del proprio assistito. Il paziente deve essere concepito come persona che collabora attivamente alla costruzione e al mantenimento della sua salute e qualità di vita, piuttosto che come passivo fruitore di un servizio, finalizzato alla riparazione di un comparto del suo organismo malfunzionante.

In mezzo a queste due parti, si colloca l'operatore sanitario, garante della qualità del processo di cura e dell'ottimale integrazione e armonizzazione delle varie istanze che entrano in gioco nel corso della presa in carico.

Data la rilevanza e complessità di questo compito, nella presente trattazione si approfondirà il correlato psicologico che accompagna la funzione di curante, approfondendone le implicazioni a livello professionale e personale.

La relazione come strumento di cura

La relazione terapeutica e la comunicazione efficace sono riconosciute in modo ormai largamente diffuso come i fattori che incidono in modo significativo sull'andamento della malattia a vari livelli (Stewart, 1995). Una relazione di fiducia permette una più facile apertura da parte del paziente, che è così disponibile a fornire in modo più aperto e attendibile tutte le informazioni rilevanti, comprese quelle più sensibili (es. comportamenti non salutari, non aderenza ai trattamenti, teorie e credenze non coerenti con le evidenze scientifiche disponibili) contribuendo così all'attendibilità dell'inquadramento diagnostico e dunque delle conseguenti scelte terapeutiche. Fiducia e rispetto fondano anche l'adesione al trattamento, poiché lasciano lo spazio per la discussione di eventuali dubbi o criticità, per esempio legate all'impatto degli effetti collaterali sulla qualità di vita, consentendo così all'interno di un franco dialogo, la messa in atto di scelte terapeutiche condivise. Il miglioramento dell'adesione al piano terapeutico permette di incidere anche sulla prognosi e sul controllo della sintomatologia cronica. Infine, una corretta alleanza terapeutica incrementa la soddisfazione nel processo di cura di entrambe le parti, andando quindi da un lato a ridurre il rischio di denunce o contenziosi e dall'altro funge da fattore di protezione ai fenomeni di elevato *burnout*, *turnover* e *intent to leave* a carico del professionista della salute.

Assunto quindi in modo trasversalmente condiviso il valore della relazione, resta da stabilire su quali fattori essenziali essa si fondi, al fine quindi di promuoverne il rafforzamento nel sistema sanitario. Nella maggior parte delle definizioni esistenti in letteratura riferite al concetto di relazione, viene posto rilievo sulla dimensione dell'incontro dinamico tra due (o più) persone, che portando la loro soggettività. La dimensione dell'individualità rende unico e in parte imprevedibile lo scambio, che viene condizionato da reciproche influenze esercitate le parti tra loro interagenti.

Accanto al concetto di soggettività, vi è inoltre quello legato alla disparità di ruolo e di potere. Paziente e operatore sanitario sono infatti mossi da diversi scopi e ruoli che regolano e indirizzano l'incontro. Il primo giunge portando una fragilità con l'aspettativa di essere accolto nella sua interezza e aiutato a stare meglio, da cui deriva una inevitabile necessità di porre fiducia nel proprio curante. Quest'ultimo a sua volta, per la formazione e il ruolo ricoperto viene investito del compito di accogliere al meglio tali aspettative. È in questo intrinseco livello di disparità di potere che deriva il carico di responsabilità del professionista della salute, che è inteso come il custode preposto a tutelare il percorso clinico del proprio assistito.

Da quanto detto fino ad ora ne consegue che il personale sanitario è uno strumento terapeutico essenziale e deve pertanto essere fatto il massimo sforzo per formarlo e supportarlo, nel reggere al meglio tale carico di responsabilità nel corso del tempo, preservandone il benessere professionale e personale (Figura 1).

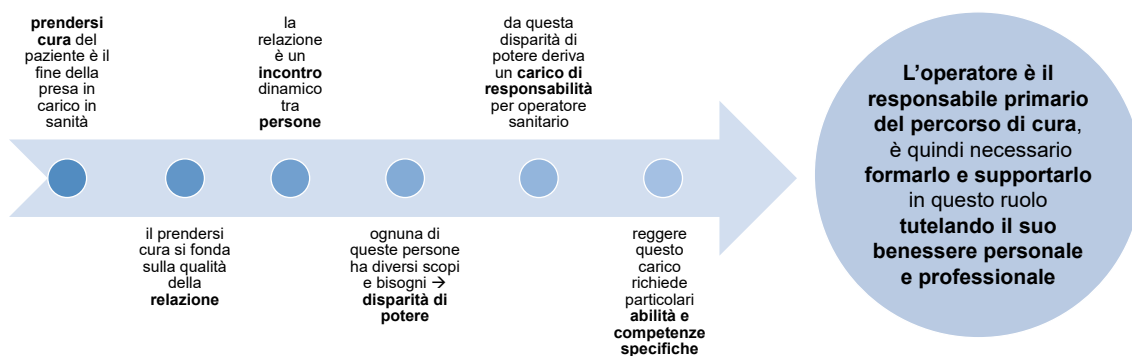


Figura 2. Formare e supportare il personale sanitario responsabilità nel processo di cura

Sfide della professione di cura e carico psicologico del curante

Nel presente paragrafo verranno elencati alcuni dei fattori di rischio e modulazione che possono rendere la responsabilità di clinica un compito molto gravoso sia sul piano professionale che personale.

Il professionista della salute si trova costantemente a dover integrare e prioritizzare diverse istanze interne ed esterne, talvolta tra loro in conflitto e mutevoli nel tempo. Si prenda ad esempio il primo colloquio con un paziente, in quel frangente si attivano contemporaneamente funzioni interne che afferiscono all'area cognitiva, affettiva e procedurale.

Dal punto di *vista cognitivo* vengono attivate:

- funzioni attentive (ascoltare e focalizzarsi su quello che il paziente dice);
- linguistiche (comprendere i contenuti espressi e formulare a propria volta quesiti o risposte chiare e coerenti);
- mnestiche (memorizzare i dati di rilievo e recuperare informazioni precedentemente immagazzinate utili all'inquadramento/trattamento);
- processi di ragionamento e decisionali (elaborare e sviluppare le relazioni fra le informazioni fornite al fine di pervenire a un inquadramento diagnostico e prendere decisioni terapeutiche);
- programmazione motoria (capacità di pianificare ed eseguire un'azione motoria durante una manovra riabilitativa o chirurgica).

L'efficiente attivazione e integrazione delle suddette funzioni, che già di per sé richiede un elevato impegno mentale, è costantemente modulata dalla contemporanea attivazione dell'area relazionale/affettiva in cui l'operatore deve monitorare i propri stati interni e quelli del paziente di cui si sta prendendo carico.

Tra le funzioni cognitive esecutive implicate nella pianificazione e regolazione dei comportamenti da tenere nel corso dell'interazione con il paziente, le strategie di regolazione emotiva svolgono un ruolo centrale nel processare i suddetti aspetti emotivi e relazionali. La regolazione emotiva consiste nella capacità di riconoscere, nominare e gestire in modo adeguato i vissuti emotivi interni. Nel contesto della prima visita con il paziente, si declina quindi in una serie di competenze tra loro interconnesse:

1. riconoscere un'alterazione interna che può esprimersi sia a livello somatico che mentale (es. “mi accorgo di percepire una tensione muscolare crescente”);
2. riconoscere e nominare a cosa corrisponde tale alterazione (es. “quello che provo è ansia”);
3. analizzare e ipotizzare la possibile causa che la determina (es. “mi ha appena chiesto di dargli maggiori informazioni sulla prognosi, tali informazioni non sono incoraggianti, non so cosa sia meglio fare”);
4. gestire al meglio tale emozione (es. “la mia tentazione sarebbe cambiare discorso, lasciare un attimo la stanza o eludere la domanda, ma so che questi comportamenti non sono utili al paziente e nel lungo termine nemmeno a me...”);
5. pianificare di conseguenza il proprio comportamento (es. “... mi fermo, respiro e mi ricolloco nel mio ruolo. Utilizzo le strategie che so essere corrette ed efficaci, per esempio posso chiedere cosa già sa e cosa in particolare vorrebbe sapere”).

Esiste una moltitudine di fattori che possono intervenire nel favorire od ostacolare l'innescarsi e il realizzarsi della sopradescritta sequenza di funzioni cognitive ed esecutive, giungendo nel

secondo caso a comprometterla o ad appesantire ulteriormente il carico mentale dell'operatore sanitario. Tali fattori sono ascrivibili prevalentemente a 3 dimensioni dell'area professionale: contestuale, interpersonale e individuale (Figura 2).

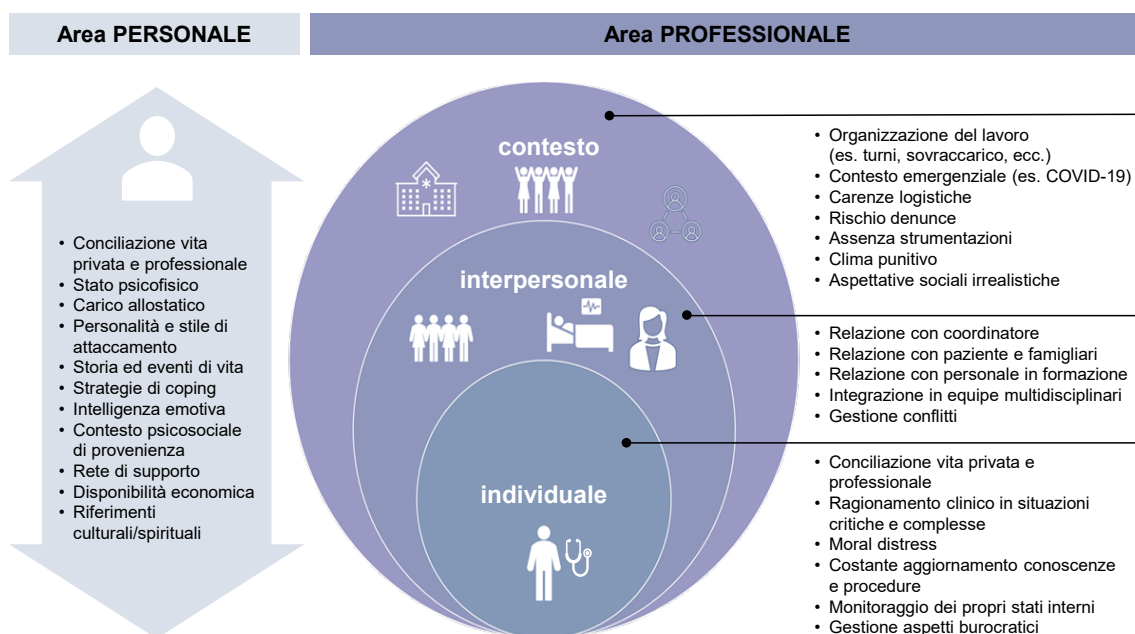


Figura 2. Fattori individuali, interpersonali e contestuali che incidono sulla professionalità e il benessere del personale sanitario

Partendo dal commentare il cerchio concentrico più esterno, vediamo che la *dimensione contestuale* in cui la cura viene erogata non include solo lo specifico ambulatorio, reparto o centro clinico, ma anche il contesto socio-culturale più ampio, in cui si inseriscono da un lato le politiche sanitarie e le linee di finanziamento ministeriali in sanità e dall'altro il livello educativo/culturale del pubblico generalista e della comunità.

È, infatti, intuitivo che a livello politico e governativo, l'entità dei finanziamenti distribuiti nell'ambito della sanità pubblica condizioni in modo netto e diretto l'equità nell'accessibilità a cure di qualità e innovative, in modo costante e tempestivo. A tal proposito svolgere la professione sanitaria in un contesto depauperato delle risorse necessarie per far fronte ad esigenze minime e trovarsi per esempio costretti a stabilire degli ordini di priorità nell'erogazione dei propri servizi può portare a sperimentare elevati livelli di moral distress. Tale vissuto – definito come l'ansia del personale sanitario derivante dalle situazioni in cui non può mettere in atto delle condotte ritenute corrette – se protratto nel tempo può condurre ad una disaffezione dalla propria professione e alla perdita di senso di appartenenza e autoefficacia.

Riguardo all'influenza esercitata invece dalla cultura sanitaria caratterizzante una certa comunità o popolazione, esistono svariati esempi di come il professionista della salute possa sentirsi riconosciuto nella sua autorevolezza o viceversa messo in discussione, criticato e finanche aggredito. I numerosi episodi offerti dal contesto pandemico hanno evidenziato un'evoluzione della percezione dei curanti ben documentata anche in letteratura percepiti nella fase iniziale come salvatori e nelle successive fasi come incapaci o conniventi con un sistema corrotto mosso da interessi primariamente economici.

Infine, nella sua posizione di più stretto e diretto contatto con il professionista della salute, il centro di cura può fungere da contenitore e garante della relazione terapeutica o da ostacolo e incubatore di malessere. Il ruolo facilitatore è perseguito offrendo degli spazi idonei, un'organizzazione del lavoro che permetta una soddisfacente conciliazione tra vita privata e lavorativa, una adeguata tutela nella gestione del rischio clinico e un valido sistema d'incentivazione allo sviluppo professionale. Il centro di cura può anche viceversa, rappresentare una fonte di stress e malcontento nei casi in cui per esempio non offra strumenti idonei a gestire il carico clinico routinario o eccezionale come in situazioni emergenziali.

Il secondo cerchio rappresentato nella Figura 2, riguarda la *dimensione interpersonale* in cui quasi ogni azione sanitaria è calata. Nell'atto clinico infatti, raramente il professionista opera in una dimensione unicamente individuale, poiché è generalmente chiamato a rapportarsi con il paziente, il familiare, il *caregiver*, i suoi colleghi in turno e più in generale con l'equipe sanitaria e i suoi referenti e responsabili. È questo livello che si esprime la relazione terapeutica, il cui valore nella presa in carico è già stato precedentemente sottolineato; tuttavia, è in questa stessa dimensione che risiedono alcune sfide peculiari. L'alterità e la soggettività portata dalle parti coinvolte in un'interazione in ambito clinico possono essere una fonte di ricchezza e creatività ma rappresenta al tempo stesso anche una fonte di variabilità, entropia e imprevedibilità, che, se non correttamente gestite, possono portare a fraintendimenti, incomprensioni o situazioni conflittuali.

Innumerevoli sono gli esempi di occasioni in cui nel quotidiano interagire, l'operatore sanitario è richiamato ad intermediare divergenze di visioni, aspettative o bisogni:

- un paziente che non vuole essere sottoposto ad una terapia per l'impatto degli effetti collaterali sulla sua qualità di vita;
- un familiare che non vuole che sia eseguito un trattamento perché contrario alle credenze religiose sue e del congiunto;
- un collega che ha una visione diversa rispetto a come deve essere gestito un intervento o distribuito un carico di lavoro;
- un coordinatore che propone un'organizzazione lavorativa che non è coerente con la tipologia di lavoro che deve essere svolto.

Il comune elemento sottostante in queste situazioni è la presenza di una divergenza. Ciò che porta all'innescarsi del conflitto è l'attivazione di un ulteriore elemento: la percezione dell'altro come una "minaccia" – simbolica nella maggior parte dei casi – che porta alla volontà di attaccare o difendere al fine di proteggere o consolidare la propria risorsa.

Riprendendo gli esempi sopra riportati:

- il paziente che mette in discussione un trattamento può rappresentare una minaccia per il senso di autoefficacia del medico;
- il familiare che rifiuta l'intervento è una minaccia all'etica del clinico e anche potenzialmente al suo sistema valoriale;
- il collega che porta una visione diversa nella gestione di un caso può mettere in discussione l'autorevolezza e la credibilità dell'operatore o può fargli temere che, seguendo la sua visione, sia messa a rischio la salute del paziente;
- il coordinatore che propone un'organizzazione errata del lavoro mette a rischio la soddisfazione lavorativa o la possibilità di raggiungere una produttività attesa.

Le teorie psicologiche dell'attaccamento e dei sistemi motivazionali (Liotti, 2017) ci suggeriscono che in tutti i frangenti in cui il soggetto si sente sotto minaccia, sperando vissuti di rabbia o paura, si attiva in lui un sistema che regola l'interazione e predispone ad atteggiamenti di chiusura, difesa o attacco (sistema antagonista), opposti a quanto dovrebbe predisporre invece all'incontro, all'accoglienza e alla conciliazione necessarie alla relazione terapeutica (sistema di accudimento e sistema cooperativo). Questo assetto emotivo porta a rivolgere la propria

attenzione a sé stessi, ponendosi in un atteggiamento di protezione che non lascia spazio interno per l'altro, non c'è disponibilità all'incontro, decade così il principio che dovrebbe guidare l'atto sanitario. Sebbene il sistema di accudimento e cooperativo dovrebbero essere i sistemi prevalentemente attivi nella cura, è normale che talvolta possano essere affiancati o soppiantati dall'attivazione del sistema antagonista. In condizioni di normalità, il clinico adeguatamente formato è in grado di disattivare autonomamente tale attivazione e ricollocarsi in un più appropriato sistema motivazionale. Tuttavia, quando i fattori che opprimono il professionista della salute diventano molteplici, perdurano nel tempo e non vengono messe in atto le corrette azioni di contenimento, si possono configurare gli estremi per una riduzione irrecuperabile della capacità di cura e un affievolimento del benessere personale e lavorativo, che porta a burn out o all'insorgere di patologie fisiche e psicologiche.

I suddetti dati sottolineano che il benessere lavorativo di un curante è strettamente collegato al suo benessere personale e viceversa, cosa ovvia poiché essendo l'umanità dell'operatore sanitario uno degli strumenti principali di cura, è inevitabile che un suo disagio personale abbia un riverbero anche sulla sua professionalità. In Figura 3 vengono ricapitolati alcuni fattori relativi all'*area personale* che possono incidere sulla prestazione professionale, alcuni di questi fattori come lo stato psicofisico e il carico allostatico, ovvero l'affaticamento progressivo dell'organismo sottoposto a stress continuativo, sono stati approfonditi in altre sezioni del presente trattato (*vedi* il modello dell'allotasi di Peter Sterling descritto nel capitolo "Punto di vista medico clinico: l'emergenza e l'urgenza di una visione sistemica della cura dei curanti"). Dal punto di vista più strettamente psicologico, esistono stati emotivi transitori che possono esercitare un effetto circoscritto al momento in cui si manifestano (es. emozioni intense). Ad essi si associano caratteristiche psicologiche più stabili, che esercitano in modo più continuativo e pervasivo la loro influenza sulla capacità relazionale e di cura dell'operatore.

Di seguito se ne elencheranno alcune tra le principali:

- Una spiccata *intelligenza emotiva*, espressa da una elevata capacità di percepire, riconoscere e gestire le emozioni proprie e altrui, predispone indiscutibilmente ad una migliore capacità relazionale (Goleman, 1996).
- Lo *stile di attaccamento* di un soggetto, ossia il sistema di comportamenti e affetti che regolano il modo in cui si costruiscono le relazioni e i legami con gli altri, quando è "sicuro" facilita nell'assunzione di un corretto rapporto di accudimento o cooperazione con il paziente. Contrariamente se insicuro o ambivalente può rendere più ardua la capacità di accoglienza del bisogno emotivo del proprio assistito (Mimura, 2018).
- La *struttura di personalità*, indirizza verso stili relazionali divergenti (Ozer, 2006); ad esempio, un medico con una struttura narcisista sarà tendenzialmente meno incline di altri a riconoscere il valore delle teorie e credenze del paziente, soprattutto quando sono contrapposte alle sue. Uno stile di personalità rigido e controllante potrebbe invece, a seguito di un evento avverso o errore, sviluppare rimugini ossessivi su quanto accaduto o l'impulso di controllare compulsivamente le azioni messe in atto per accertarsi di non incorrere nuovamente in errore.
- Lo *stile di coping*, ovvero l'insieme di strategie che vengono messe in atto per fronteggiare lo stress derivante da una situazione, può orientare a modalità più o meno funzionali alla relazione terapeutica. Uno stile evitante, incline a negare o allontanare gli elementi di criticità o potenziale sofferenza, incontrerà maggiori difficoltà a entrare in contatto con i suoi stati interni e con quelli del paziente.
- Lo *stile di attaccamento*, personalità, strategie di coping così come il carico allostatico o il benessere psicofisico dell'operatore sanitario sono soggetti all'effetto modulatore del contesto socio relazionale di vita. Ad esempio, una rete di supporto familiare o amicale

solida, o una buona stabilità economica, possono ridurre significativamente lo stress legato alla conciliazione tra vita lavorativa e vita privata. Al contrario alcuni schemi culturali, sociali o famigliari possono pregiudicare la possibilità di entrare in una relazione non giudicante e autenticamente aperta (es. pregiudizi legati all'orientamento sessuale, al credo religioso, all'etnia, al ceto sociale o al livello educativo del paziente).

Formare alla relazione: attitudini, competenze e tecniche per una pratica consapevole

Quanto illustrato nei paragrafi precedenti sottolinea come per lo svolgimento della professione di cura, siano richieste sia le *hard skills*, ovvero conoscenze e competenze legate alla disciplina sanitaria, da apprendere e perfezionare nel percorso di studio e nella successiva pratica (es. anatomia, fisiologia, farmacologia, ecc.), che le *soft skills*. In questa seconda categoria risiedono una moltitudine di attitudini e strumenti di carattere trasversale che sono essenziali per il corretto svolgimento di numerose professioni, tra cui anche quelle cliniche. Esse spaziano dalla capacità di autoriflessione, a comunicazione efficace, *problem solving*, assertività, pensiero critico o capacità di gestione del conflitto e dello stress.

Nella Figura 3 vengono rappresentate le attitudini e gli strumenti che dovrebbero essere forniti ai professionisti e alle professioniste della salute nel corso della loro formazione curriculare e che dovrebbero poi successivamente essere mantenuti e aggiornati attraverso i corsi di educazione continua e supervisioni *ad hoc*. Si noti che le attitudini alla cura vengono attribuite a quell'insieme di abilità che vengono etichettate in letteratura come il "saper essere" ovvero saper stare nel ruolo, sapersi porre internamente nella corretta postura relazionale. Le tecniche sono invece dominio del "saper fare", ovvero sono strumenti volti al mettere in atto specifici interventi; in altre parole, mirano a tradurre l'attitudine in una manifestazione esterna, che include l'interazione con la persona ammalata o il contesto in cui si opera.

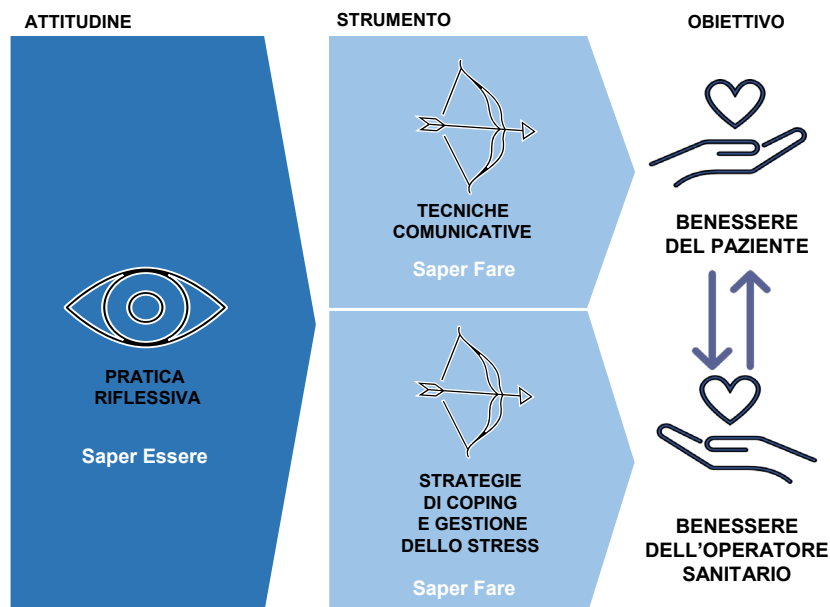


Figura 3. Attitudini e strumenti per la tutela del benessere del paziente e dell'operatore sanitario

Saper essere e saper fare sono pilastri essenziali e non interscambiabili della professionalità del clinico che associati permettono la giusta sinergia che porta al raggiungimento dell'obiettivo di cura, ovvero il benessere della persona ammalata.

Pratica riflessiva e tecniche comunicative per il benessere del paziente

Il principio di fondo che dovrebbe guidare il percorso di crescita professionale in ambito sanitario è la promozione di attitudini e abilità che consentano la messa in atto di una pratica riflessiva, ovvero pienamente consapevole di tutti gli elementi che entrano in gioco nel processo di cura (Epstein, 1999). La consapevolezza del proprio ruolo, delle implicazioni derivanti da esso, delle sfide e dei sovraccarichi e della possibilità di farvi fronte deve costituire il primo ineludibile fondamento su cui incardinare la successiva acquisizione di conoscenze e tecniche specifiche. Queste ultime sono infatti utili e insostituibili strumenti che consentono di raggiungere gli obiettivi di cura prestabiliti, ma non possono essere concepite come a sé stanti, altrimenti perdono di significato e utilità, giungendo ad essere potenzialmente anche lesive per la relazione.

Prendiamo l'esempio delle tecniche comunicative riportato in Figura 4. La raccolta delle informazioni, la loro sintesi, la restituzione del quadro osservato nel corso del colloquio, la presa di decisione e l'instaurarsi di una corretta relazione terapeutica per essere svolte in modo efficace prevedono la messa in atto di domande aperte, facilitazioni, commenti riflessivi, sintesi, ristrutturazioni, legittimazioni e commenti empatici. Quanto appena elencato è solo una parte delle tecniche che compongono lo stile comunicativo del clinico. L'assenza di una formazione in tale ambito può precludere la possibilità al clinico di dare voce, ovvero esprimere correttamente i propri processi di ragionamento o intenti di connessione emotiva. La letteratura sulla relazione tra comunicazione e benessere/adesione/soddisfazione del paziente nel percorso di cura è assai ampia (Ha, 2010).

Nella Figura 3 le icone illustrano una possibile metafora volta a spiegare l'interconnessione tra pratica riflessiva e tecniche comunicative. Le tecniche vengono rappresentate come lo strumento (freccia) necessario per colpire il bersaglio (benessere del paziente), quindi più frecce un operatore ha nella sua faretra, maggiori sono le sue possibilità di colpire il bersaglio. Ma in questa metafora è insita anche l'affermazione che tali strumenti devono essere guidati da consapevolezza interna e contestuale che permette di valutare di volta in volta in modo flessibile e personalizzato quale strumento è più idoneo a raggiungere l'obiettivo prefissato. Ciò implica che scegliere di fare un commento empatico, non può essere la sterile applicazione di una costruzione grammaticale in cui ipotizzo la connessione di una emozione ad uno specifico evento occorso, ma deve essere il frutto di un ascolto attento e del riconoscimento dello specifico bisogno della persona con cui stiamo parlando. Solo in questo modo si realizzerà la piena coerenza tra canale verbale e non verbale e quello specifico atto comunicativo risulterà autentico. Quindi, ricapitolando, se è vero che una buona mira senza frecce è bloccata e sterile, è altresì vero che una quantità infinita di frecce in assenza di una mira precisa che punti al bersaglio può rivelarsi altrettanto inutile, se non dannosa poiché tali frecce verrebbero scoccate con meno potenza non arrivando a raggiungere il bersaglio o peggio ancora con inconsapevole scompostezza, ferendo magari altri elementi vicini al bersaglio.

In conclusione, rispetto allo sviluppo delle suddette attitudini e strategie, è essenziale fare investimenti strutturali e sistematici che non diano per scontato che tali competenze si acquisiscano con l'esperienza, poiché ciò non trova riscontro nella realtà e anzi rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di distress lavorativo e *burnout*. Non sentirsi preparati e supportati ad affrontare situazione emotivamente stressanti, induce infatti nei professionisti della salute un senso di inadeguatezza, impotenza, frustrazione e insoddisfazione verso la propria professione e il contesto in cui operano. In ambito accademico l'attenzione a questi aspetti non è

ancora universalmente riconosciuta, ma nel corso degli anni sono stati fatti costanti miglioramenti nell'ambito dell'offerta didattica sugli aspetti comunicativi e relazionali. Anche in ambito sanitario, si sta assistendo a un crescente interesse in questo ambito, sostenuto anche dal riconoscimento legislativo del tempo della comunicazione definito come tempo di cura ("Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura" – Legge 219/2017, art. 1, comma 8). Tuttavia, il garantire costante formazione e supervisione ai professionisti implica anche una valutazione in termini di sostenibilità, poiché dare continuità a questo ambito di formazione significa investire in esso in termini economici e di organizzazione del lavoro. I vantaggi di tale scelta saranno illustrati nel paragrafo seguente.

Pratica riflessiva, *coping* e gestione dello stress per il benessere del personale sanitario

La pratica clinica riflessiva accanto a quanto è stato sopra illustrato promuove anche la capacità dell'operatore di monitorare i suoi stati interni transitori o stabili che possono portare a deteriorare il ruolo di cura o il proprio benessere professionale (e di conseguenza personale). La capacità di prestare attenzione ai segnali del corpo e riconoscerne l'eventuale disfunzionalità in termini di equilibrio psicofisico è un potente fattore di protezione per ridurre il carico allostatico. Un clinico, deve essere in grado di riconoscere i possibili fattori di stress interno (es. sonno, stati depressivi, preoccupazioni, affaticamento cognitivo, ecc.) ed esterno (es. tensioni famigliari, clima lavorativo giudicante, sovraccarico di lavoro, assenza di regole e procedure chiare, ecc.) per poter poi mettere in atto le idonee strategie di fronteggiamento. Quindi anche in questo caso, la consapevolezza di cosa determina il disagio che si sta attraversando è il passaggio che fornisce senso e appropriatezza a quanto conseguentemente si decide di fare per porre rimedio o contenimento a tale disagio.

Prima di elencare alcune tecniche che si possono adottare per fronteggiare lo stress lavorativo, è d'obbligo una premessa. Di seguito saranno illustrati dei possibili strumenti che l'operatore può apprendere e mettere in atto per fronteggiare lo stress lavorativo. Tuttavia il promuovere tale capacità è da intendersi come un intervento che non può e non deve nel modo più assoluto sostituire le azioni sistemiche di prevenzione e gestione dello stress che fanno capo all'organizzazione del centro di cura. In assenza di questo presupposto fondante, decade il senso di un intervento psicologico che potrebbe paradossalmente preparare il soggetto a reggere meglio e più a lungo un contesto eccessivamente stressogeno. Della gestione sistemica e organizzativa delle fonti di stress, si tratterà profusamente nel capitolo "Punto di vista del medico di sanità pubblica: salute individuale e dell'organizzazione").

Stante quindi la necessità di garantire un ambiente lavorativo sano che riduca ove possibile le fonti di stress legate a malfunzionamenti logistici e organizzativi, rimane comunque la necessità di attrezzare gli operatori sanitari a farsi carico attivamente della gestione quotidiana di *stressor* che sono inevitabilmente intrinseci alla professione sanitaria (es. comunicazione di cattive notizie, moral distress, processi decisionali complessi, lavoro a turni, ecc.). Sebbene siano numerosi gli strumenti che si possono adottare in ambito psicologico, qui saranno illustrati due gruppi di tecniche che sono in qualche modo le più trasversali e di relativamente facile acquisizione e mantenimento da parte di persone che non hanno una formazione in ambito psicologico: strategie di coping e strategie di gestione dello stress.

Per *coping*, come precedente detto, si fa riferimento all'insieme di strategie messe in atto dal soggetto per fronteggiare eventi e situazioni che vengono percepito come eccedenti le sue risorse; una possibile classificazione di tali strategie le divide in 3 raggruppamenti (Folkman, 1984). Il primo insieme, che è primariamente orientato alla gestione della problematica (es. *problem solving*, prendere informazioni dalle giuste fonti, ecc.), un secondo insieme più focalizzato sulla

gestione dell'impatto emotivo (es. ricerca supporto sociale, autoanalisi, ricerca di un significato superiore, ecc.) e infine un terzo raggruppamento che contiene le strategie che puntano ad evitare il problema o l'impatto emotivo (es. negazione, uso di sostanze, ecc.). Ciò che rende adattiva o disadattiva una strategia è la pervasività, rigidità e indifferenziazione con cui viene messa in atto. Più è vasta la gamma di strategie di cui il soggetto è in grado di disporre più è alta la probabilità che le metta in atto in modo flessibile e coerente con il contesto e gli obiettivi personali, rendendo così adattiva l'applicazione di quella strategia in quello specifico frangente. Per esempio, immaginiamo un chirurgo che prima di un intervento particolarmente complesso, decida di ripassare la procedura, rileggere le linee guida e i protocolli esistenti e documentarsi sulle recenti evidenze disponibili in letteratura. In questo caso la sua strategia di coping "prendere informazioni" è adattiva da tutti i punti di vista: per sentirsi più tranquillo durante l'intervento, per la tutela della salute dell'assistito e per la qualità del servizio che sarà erogato dal centro di cura. Poniamo però che quello stesso medico, decida di adottare quelle strategie ogni volta che dovrà eseguire un intervento, anche routinario, nel corso della giornata operatoria. In un primo momento questa strategia potrà sembrargli efficace ma in breve tempo si rivelerà disadattiva in quanto non sostenibile in termini di gestione del tempo e nel più lungo termine, anche rispetto alla costruzione del suo senso di autoefficacia e autonomia.

Anche in questo caso formazione e supervisione sono il canale preferenziale per promuovere in primis la consapevolezza sul proprio funzionamento personale e successivamente l'acquisizione di nuove strategie più adattive al contesto terapeutico in cui si opera.

A tal proposito, il crescente riconoscimento del carico emotivo legato alla professione di cura ha portato allo sviluppo in ambito sanitario di interventi volti a fornire strategie di fronteggiamento dello stress. Sono numerosi i possibili modelli teorici di riferimento che guidano la scelta di potenziamento di specifiche funzioni di regolazione emotiva. Solo a titolo di esempio si citano interventi volti ad innalzare la consapevolezza e accettazione dei propri stati interni (es. *mindfulness*) la riduzione della tensione e la stabilizzazione di alcuni parametri fisiologici come il respiro o la frequenza cardiaca (es. corsi di rilassamento) o ancora, la condivisione delle componenti psicologiche connesse alla cura (es. gruppi Balint).

La messa in atto in modo continuativo e costante di momenti dedicati all'approfondimento di aspetti psicologici, è indiscutibilmente una garanzia a tutela della salute mentale e professionale dell'operatore. Ci sono tuttavia casi in cui la componente di prevenzione o gestione dello stress vengono soppiantate dalla presenza di disagio che richiede un intervento più mirato e specialistico. Ciò può riguardare o sindromi legate allo stress lavoro-correlato, come il burn-out, in cui il soggetto va incontro a un graduale e inarrestabile esaurimento delle proprie risorse psicofisiche, oppure può riguardare anche la gestione di franchi disturbi psicologico-psichiatrici clinicamente significativi.

Il ruolo dello psicologo clinico o della salute, all'interno del centro clinico si inserisce in tutti i livelli suddetti: co-costruzione delle politiche sanitarie della struttura, formazione, supervisione e presa in carico degli operatori con distress emotivo. Investire in tale direzione, prevedendo psicologici dedicati per le unità operative più critiche (es. oncologia, pronto soccorso, ecc.), o equipe trasversali operanti nell'intero centro di cura, è una scelta concreta e lungimirante nella direzione della tutela dell'operatore, il cui disagio, se trascurato, non solo lo rende meno professionale ma può rendere lui stesso bisognoso di cure andando così ad incidere doppiamente, in termini economici sul sistema sanitario (es. *turnover*, auto dimissioni o denunce da parte dei pazienti).

Conclusioni

Gli operatori sanitari svolgono un ruolo cruciale, agendo come ponte tra le esigenze del paziente e la complessità del sistema sanitario, al fine di garantire la qualità del processo di cura. Lo svolgimento di questo compito, presenta alcune sfide, che, se non gestite appropriatamente, possono minare il benessere lavorativo e personale dell'operatore. Investire nella formazione, nella supervisione e nel supporto è il primo passo per fornire gli strumenti necessari a una corretta iterazione con i fruitori dei servizi sanitari e gestire situazioni stressanti. La formazione alla relazione in ambito sanitario richiede lo sviluppo sia di competenze tecniche (saper fare) che di attitudini (saper essere). La pratica riflessiva e le tecniche comunicative, derivanti da una consapevolezza interna e contestuale, sono infatti cruciali per instaurare relazioni terapeutiche efficaci. Il potenziamento delle risorse del singolo operatore, sebbene cruciale, deve andare di pari passo alla messa in atto di azioni sistemiche volte a promuovere una cultura organizzativa favorevole alla relazione operatore-paziente-*caregiver* e attuare politiche sanitarie mirate alla formazione continua e al sostegno dell'operatore sanitario.

Bibliografia

- Epstein RM. Mindful practice. *JAMA*. 1999 Sep 1;282(9):833-9.
- Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub.; 1984.
- Goleman D. *Intelligenza emotiva*. Milano: Rizzoli Editore; 1996.
- Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*. 2010 Spring;10(1):38-43.
- Liotti G, Fasson G, Monticelli F. *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali. Teoria, ricerca, clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2017.
- Mimura C, Norman IJ. The relationship between healthcare workers' attachment styles and patient outcomes: a systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2018 Jun 1;30(5):332-343.
- Ozer DJ, Benet-Martinez V. Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annu Rev Psychol* 2006;57:401–21.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152:1423–33

PUNTO DI VISTA MEDICO CLINICO: L'EMERGENZA E L'URGENZA DI UNA VISIONE SISTEMICA DELLA CURA DEI CURANTI

Paola Marina Risi

Centro Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia "Cure integrate", Roma

Stress degli operatori sanitari

Una delle migliori narrazioni sul malessere/distress dei professionisti della salute è senza dubbio la pubblicazione di Danielle Ofri, medico internista e saggista statunitense, intitolata "The Covenant" (Ofri, 2017). L'autrice si focalizza sullo stress dei medici, affermando che un elemento fondamentale della crisi in atto è la rottura del patto tra medici e professione medica. I medici si sentono traditi, trascurati, non ascoltati dalle istituzioni che dovrebbero garantire le migliori condizioni possibili per svolgere la professione di cura, professione che richiede l'impiego di notevoli energie mentali, fisiche ed emotive. In sintesi, viene posto l'accento su un aspetto psico-emotivo quasi mai menzionato nelle ricerche sullo stress dei curanti: i medici non sono solo esausti fisicamente, sono delusi e amareggiati. E potremmo estendere il discorso ai vari operatori/operatrici sanitari.

Il sistema, che dovrebbe avere a cuore soprattutto la qualità delle cure erogate, sembra preoccuparsi maggiormente del profitto, relegando così il curante ad un semplice ingranaggio della produzione aziendale.

È il gennaio del 1982 quando Christina Maslach¹ e Susan Jackson pubblicano un capitolo (Maslach & Jackson, 1982), all'interno di un testo di psicologia sociale della salute, interamente dedicato alla sindrome di stress cronico dei professionisti sanitari. I contenuti espressi nel testo sono il risultato di lunghi anni di ricerche sociologiche nel campo delle relazioni d'aiuto, che hanno portato le due ricercatrici a definire un loro originale questionario, che diventerà nel tempo lo strumento validato più utilizzato nel mondo per la misurazione del *burnout* lavoro correlato (Maslach & Jackson, 1981).

La premessa del loro scritto è che, nonostante la pratica della medicina sia ritenuta (o almeno lo era in quegli anni) uno dei lavori più nobili e prestigiosi, un'alta incidenza di gravi problematiche stress correlate, come malattie cardiovascolari, uso e abuso di psicofarmaci, suicidio nei medici e negli infermieri, dimostra una inquietante traiettoria, di cui sarebbe bene comprendere le origini.

Non dobbiamo, comunque, farci trarre in inganno dalla data di pubblicazione del capitolo citato; utilizzare il termine "*burnout*" per la ricerca in letteratura scientifica significa ritrovarsi nei primi anni '80 del secolo scorso², ma basta inserire altri termini, quali "stress cronico" o "distress" del personale sanitario, per trovare pubblicazioni antecedenti anche di qualche decennio. Quindi, non stiamo parlando di un problema nuovo e non è decisamente colpa solo della pandemia e dei tagli finanziari; le origini di questa marea di dolore, disagio, malattie,

¹ Christina Maslach è professoressa emerita di psicologia presso l'Università della California a Berkeley. Attualmente è co-editore fondatrice, insieme a Michael Leiter, della rivista elettronica *Burnout Research*, lanciata nel 2014. È anche ricercatrice principale presso Healthy Workplaces, un centro interdisciplinare presso l'Università della California, Berkeley.

² Il termine *burnout* è stato utilizzato per la prima volta da un ricercatore americano di origine tedesca, Herbert Freudenberger che nel 1974 aveva descritto la condizione di *staff-burnout*.

abbandoni della professione sono più complesse e pervasive. Il percorso formativo offerto dal gruppo cura dei curanti è certo un piccolo apporto in questo generale senso di sbandamento e perdita di punti di riferimento. Ma la collaborazione multidisciplinare consente almeno di mettere a terra e condividere le indicazioni che pervengono dalle varie scienze, sia biologiche che antropopsico-sociali, facendo il tentativo di ritrovare una visione unitaria dell'umano che sembra si sia ormai culturalmente perduta a favore della iperspecializzazione.

Maslach e Jackson concludono il loro capitolo affermando che la psicologia sociale rappresenta la competenza fondamentale per dare nuove risposte al crescente aumento dello stress lavoro correlato. La dichiarazione di intenti è decisamente lodevole. Attualmente Maslach continua ad impegnarsi in questo campo: ha esteso le sue ricerche ad altri settori lavorativi, i suoi progetti per la promozione della salute nei luoghi di lavoro sono numerosi ed efficaci, pubblica articoli, rilascia interviste, si dedica alla formazione. Inoltre, il suo modello di valutazione, che approfondiremo in seguito, si è arricchito di ulteriori elementi di metodi di indagine.

E allora, se si parla di stress, come si fa a valutare solo il luogo di lavoro? Come è possibile prescindere dalla biologia, dal corpo, dalle influenze della comunità in cui siamo stati concepiti e siamo cresciuti, dall'ambiente, dalle credenze personali, dalle nostre relazioni affettive?

Uno degli obiettivi che Maslach e Jackson si erano prefissate era di comprendere come mai, a parità di intensità e durata dello *stressor* lavorativo, avevano osservato diverse strategie di coping e diversi livelli di resilienza. Impossibile rispondere a questo quesito se non si studia come si forma la matrice di risposta allo stress, se non si convoca quell'unità mente-corpo-società che ci plasma a partire dal nostro concepimento e per tutto il corso della nostra vita.

I semi di questo tentativo di visione unitaria li troviamo senz'altro in George L Engel, l'ideatore del modello bio-psico-sociale, ma è con la teoria sull'allostasi di Peter Sterling che incontriamo un modello di interpretazione unitario e sistemico (*vedi* il capitolo "Punto di vista medico clinico: l'emergenza e l'urgenza di una visione sistemica della cura dei curanti").

Modello bio-psico-sociale di George Engel

La *World Health Organization* (WHO) nel 1948, anno della sua costituzione, definisce ufficialmente la salute come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, non soltanto assenza di malattia o infermità. Tale definizione è stata ampiamente rimaneggiata nel corso degli anni. Nel 1966 l'epidemiologo Alessandro Seppilli propone il cambiamento del termine "stato" con quello più dinamico di "equilibrio" tale per cui la salute è una condizione di armonico equilibrio fisico e psichico dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale. Ma è con la dichiarazione di Alma Ata del 1978 che viene posta attenzione all'importanza della prevenzione delle malattie e della promozione della salute. Tale concetto verrà sviluppato ulteriormente nella conferenza di Ottawa del 1986 centrata sul concetto di promozione della salute intesa quale processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e migliorarlo. La promozione della salute non è, dunque, legata soltanto al settore sanitario, ma supera gli stili di vita per mirare al benessere.

Una ulteriore significativa proposta di modificare e attualizzare il concetto di salute è decisamente più recente. In un corposo articolo pubblicato sul *British Medical Journal* nel 2011 gli autori propongono la definizione della salute come la capacità di adattarsi e autogestirsi; una formulazione, quindi, più dinamica, basata su resilienza e strategie di *coping* per mantenere e ripristinare il senso di integrità (Huber *et al.*, 2011).

La sintetica premessa sull'evoluzione del concetto di salute è fondamentale per comprendere quanti cambiamenti culturali siano stati elaborati e proposti riguardo al significato dei concetti di salute e malattia e, conseguentemente, ai paradigmi di medicina applicata nel corso degli ultimi

decenni. Eppure, il modello biomedico sembra non occuparsene e preoccuparsene, ribadendo la predominanza assoluta della relazione lineare causa-effetto, secondo un rigido funzionamento meccanicistico della natura. Il danno più rilevante che scaturisce da questa rigidità è la distorsione epistemologica, secondo la quale è inconcepibile adottare un modello che includa le varie dimensioni dell'essere umano. È innegabile quanto lo sviluppo della ricerca scientifica e delle tecnologie applicate alla medicina abbiano migliorato le nostre vite, in termini sia qualitativi che quantitativi, ma perché ci hanno fatto credere che scienze *hard* e *soft* non possano convivere e non debbano far parte del nostro bagaglio professionale e personale? Questa dicotomia artificiosa potrebbe rappresentare una delle origini determinanti lo stato di malessere dei curanti, perché apprendere un modello di cura che si basa esclusivamente sulla funzione/ disfunzione della macchina biologica scollata dall'interazione psico-emotiva e sociale non solo influenza la percezione delle persone da curare come se si dovessero aggiustare pezzi, rischia anche di persuadere i curanti di essere essi stessi dei meccanici. Del resto, sappiamo che il training universitario per medici e infermieri non contempla alcuna formazione o supervisione sulla salute sia fisica che psichica. I semi del *burnout*, quindi, vengono piantati sin dal percorso di studio, quando le giovani menti degli studenti sono molto più influenzabili e plastiche, attuando una chirurgica rimozione di consapevolezza emotiva, autoregolazione delle emozioni, spiritualità, creatività e del prendersi cura di sé. George Libman Engel³ riparte dal concetto di salute della WHO, con le sue valenze fisiche, psichiche e sociali e nell'introduzione della sua rivoluzionaria pubblicazione sull'esigenza di adottare un modello bio-psico-sociale nella ricerca, nella formazione e nella clinica medica denuncia la straripante egemonia del modello biomedico dominante (Engel, 1977).

La sua premessa è che il modello biomedico è in crisi perché non sufficientemente adeguato alla responsabilità sociale della medicina; definire la malattia solo con parametri somatici, senza convocare le istanze psico-sociali, deresponsabilizza i medici dalla valutazione della complessità della persona.

Il modello biomedico assume che la malattia è descritta esclusivamente dalla misurazione di parametri biologici devianti. Se ne deduce che le dimensioni psicologiche e sociali non trovano alcuno spazio all'interno di questo paradigma; eventuali aberrazioni comportamentali dovranno e potranno essere spiegate da alterazioni biochimiche o psicopatologiche. Siamo in pieno riduzionismo e dualismo mente-corpo.

Engel si ispira alla "Teoria generale dei sistemi" di Von Bertalanffy per affermare che la fisiologia umana è influenzata dalla dinamica e reciproca interazione delle componenti biologiche, psicologiche e sociali (Figura 1) (Von Bertalanffy, 1968).

Le proprietà fondamentali di un sistema, secondo la citata teoria sono:

- la totalità, per cui il cambiamento di una parte provoca un cambiamento in tutte le parti e in tutto il sistema;
- la retroazione, che sottolinea il carattere circolare dei sistemi interattivi, tali per cui ogni comportamento influenza ed è influenzato dal comportamento di ogni altro;
- l'equifinalità e la multifinalità, per cui i risultati non dipendono solo dalle condizioni iniziali, ma dalla natura del processo e dai parametri del sistema.

E, infine, le richieste del sistema sono costituite dai limiti e dalle prescrizioni che un sistema sociale impone ad un individuo; ne deriva che il curante, formato alle rigide regole non solo scientifiche, ma anche filosofiche del modello biomedico, applicherà una cura fedele al proprio background culturale. Si realizza, così, quello che Engel definisce "il modello folcloristico della medicina".

³ G.L. Engel non aveva una specializzazione in psichiatria, come molti pensano. Ha svolto un training in Psicoanalisi e ha lavorato e insegnato per decenni al Dipartimento di Psichiatria della Rochester University.

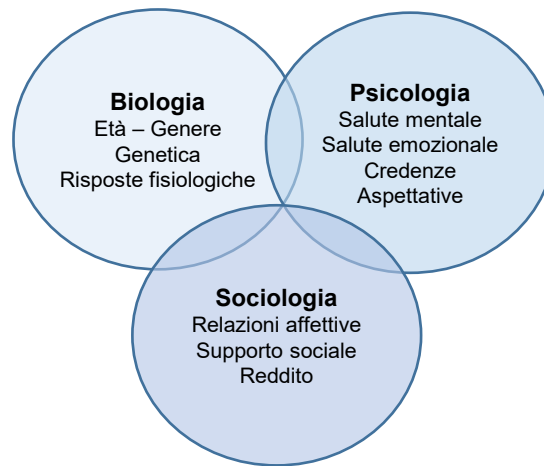


Figura 1. Rappresentazione degli elementi di natura bio-psico-sociale che determinano la salute

La critica che Engel rivolge al modello biomedico è prima di tutto “dall’interno”, ovvero è la critica di un bravo internista e docente universitario che riconosce il valore delle conoscenze che il modello biomedico mette a disposizione della cura; il suo intento dichiarato è di includere elementi emergenti, che possano arricchirlo e attualizzarlo. Ed è con questa postura di terapeuta competente che descrive nel dettaglio la necessità di integrare il modello dominante, con alcuni esempi supportati da letteratura scientifica:

1. L’insorgenza di una malattia a cui siamo geneticamente predisposti può essere influenzata da esperienze di vita, sia nel tempo di esordio, che nella severità e nel decorso. Negli anni in cui Engel scriveva erano ancora pochi i lavori scientifici che dimostravano l’influenza epigenetica dell’ambiente sulla regolazione genica. Ormai, un ampio corpo di letteratura lo ha dimostrato, ma il modello biomedico rimane rigidamente ancorato all’idea della genetica come destino.
2. La normalizzazione dei marcatori di malattia con cure farmacologiche non necessariamente restituisce la salute al paziente. Le variabili psicologiche e sociali sono in gran parte responsabili delle discrepanze tra la correzione dell’anomalia biologica e l’esito del trattamento.
3. Il comportamento del medico e la relazione tra medico e paziente influenzano notevolmente in modo positivo o negativo l’esito terapeutico. Si tratta di effetti psicologici che possono modificare direttamente l’esperienza di malattia, o colpire indirettamente i processi biochimici evidenziati, questi ultimi in virtù delle interazioni tra reazioni psicofisiologiche e processi biochimici implicati nella malattia. Osservazioni ampiamente confermate dallo studio dell’effetto placebo.

Modello dell’allostasi di Peter Sterling

Negli anni ’70 dello scorso secolo due attivisti sociali, Peter Sterling e Joseph Eyer, il primo studioso di neuroscienze e l’altro biologo, si incontrano nell’Università della Pennsylvania e iniziano a correlare evidenze epidemiologiche di maggiori incidenze di accidenti cardiovascolari

e di ipertensione arteriosa con varie forme di destrutturazione sociale: segregazione, disoccupazione, migrazione e divorzio. Il passo successivo fu quello di ricercare i possibili mediatori biologici in grado di predire il rischio cardiovascolare stress correlato.

A questo punto può essere utile riassumere le conoscenze dell'epoca sulla fisiologia della risposta di stress: un braccio nervoso, il cosiddetto sistema attacco-fuga (sistema nervoso simpatico-midollare surrenale) destinato alla produzione di catecolamine e un braccio neuroendocrino o asse ipotalamo-ipofisi-corticale surrenale, la cui attivazione determina la produzione di corticosteroidi (cortisolo nell'essere umano): l'attivazione dell'asse dello stress ha lo scopo di mobilitare le energie dell'organismo per sostenere la reazione di sopravvivenza della lotta o della fuga e questo meccanismo, conservato intatto nel corso dell'evoluzione umana, si attiva indipendentemente dalla qualità dello *stressor*.

In altri termini, la risposta di stress è aspecifica: qualsiasi perturbazione di carattere fisico, chimico, termico, infettivo, tossico o emotivo stimola la cascata di cortisolo e di catecolamine. Meccanismo perfetto se la condizione stressante si risolve in tempi brevi, ma se lo stimolo persiste troppo a lungo o si presenta troppo frequentemente, si determinerà una iperattivazione del braccio simpatico del sistema neurovegetativo (aumento della pressione arteriosa, della frequenza e della gittata cardiaca, stimolazione proinfiammatoria del sistema immunitario) e prolungata esposizione al cortisolo (iperglicemia, iperlipidemia, osteopenia e depressione del sistema immunitario). Questa condizione catabolica del sistema non è l'unico fattore di rischio per la nostra salute.

Sterling ci fa comprendere come il vero mediatore dello stress sia il cervello e in particolare il sistema limbico, con le sue tre stazioni fondamentali: ippocampo, amigdala e corteccia prefrontale e sono queste le aree che subiscono l'usura durante lo stress cronico; ne consegue che la soglia percettiva della minaccia sarà sempre più bassa e basterà uno stimolo perturbante minimo per stimolare l'attivazione dell'asse dello stress. Questo circolo vizioso è la base fisiopatologica di una serie di sintomi di malessere fisico ed emotivo, che non è necessariamente identificabile con una patologia e che non necessariamente altera i marcatori biologici delle nostre diagnosi convenzionali. Stiamo parlando dei *Medically Unexplained Symptoms* (MUS) che rappresentano il 35-45% delle motivazioni per cui ci si rivolge alle cure mediche, condizioni che sono orfane di cure adeguate, perché non identificate e non comprese, oppure semplicemente indirizzate verso una diagnosi di depressione o ansia. Il personale sanitario è affetto da MUS in modo significativo, ma per poterli curare o meglio ancora prevenire, bisognerà che adottino un'ottica "allostatica", sia per se stessi che per i propri pazienti (*vedi* il capitolo "Punto di vista del medico di sanità pubblica: salute individuale e dell'organizzazione").

La grande intuizione di Sterling ed Eyer fu quella di rendersi conto che la fissità dei parametri biologici non è il vero scopo della regolazione fisiologica, piuttosto l'organismo è teso a ricercare una continua stabilità adattativa, una stabilità non più attraverso la costanza, ma tramite un continuo cambiamento, una fluttuazione dinamica e più predittiva possibile, in base alle esperienze acquisite e alle richieste dell'ambiente interno ed esterno. Nasce così il termine "allostasi" che conobbe non pochi detrattori al suo ingresso nella comunità scientifica, ma che ormai è stato ampiamente incluso e approfondito da ulteriori studi (Sterling & Eyer, 1988). È ormai evidente che le modificazioni che il sistema-organismo mette in atto non sono necessariamente patologiche, ma anche adattative.

Il compito del curante dovrebbe, quindi, essere non più quello di aggiustare un "pezzo fallato, un meccanismo rotto", secondo la metafora meccanicista dell'essere umano come macchina, ma di valutare quanto l'anomalia sia funzionale all'adattamento di quel particolare soggetto, eventualmente promuovendo un cambiamento "sostenibile" per prevenire il vero rischio di malattia, ovvero il carico allostatico (McEwen & Gianaros, 2011). Il cervello è l'organo centrale dello stress e dell'adattamento. Regola e risponde ai mediatori dell'allostasi che normalmente

sono coinvolti nell'adattamento, ma che, se disregolati e abusati, portano all'usura del cervello e del corpo. Gli interventi per alleviare il carico allostatico comprendono il miglioramento della dieta, la promozione di un'attività fisica regolare, l'aumento dell'accesso al sostegno sociale e all'integrazione e il cambiamento delle politiche del governo e del settore privato per migliorare la qualità della vita personale e lavorativa. Le aree specifiche del cervello, coinvolte nell'allostasi, influenzate dal carico allostatico e implicate nella vulnerabilità correlata allo stress e a condizioni di malattie croniche, sono principalmente: la corteccia prefrontale, l'ippocampo e l'amigdala. Queste aree cerebrali rappresentano gli obiettivi primari degli sforzi di prevenzione e intervento per ridurre il carico sanitario delle malattie mentali e fisiche.

Modello di *burnout* di Christina Maslach

Tradizionalmente le aree professionali in cui si riscontra il maggiore rischio di *burnout* riguardano: i servizi sanitari e umanitari, l'attivismo sociale, i lavori in cui ci si prende cura, si insegna, si aiutano gli altri.

Maslach e Jackson nel 1982 forniscono una definizione della sindrome da *burnout* che si esplica in stati di nervosismo, irrequietezza, apatia, indifferenza, cinismo, ostilità verso gli altri, differenziandosi però dalle varie tipologie di nevrosi in quanto disturbo riguardante il ruolo lavorativo. Queste manifestazioni comportamentali e psicologiche possono essere raggruppate, secondo le autrici, in tre categorie:

- *Esaurimento emotivo*

Sentirsi emotivamente svuotato e annullato dal proprio lavoro, per effetto di un inaridimento emotivo nel rapporto con gli altri (“Non ce la faccio più”). Le fonti di questa condizione sono soprattutto l'eccesso di carico di lavoro e i conflitti interpersonali. È la fase in cui si manifestano sintomi quali disturbi del sonno e dell'umore, cefalea, disturbi digestivi, ecc.;

- *Depersonalizzazione*

Atteggiamento di allontanamento e di rifiuto verso coloro che ricevono o richiedono la prestazione professionale, il servizio o la cura. È la fase in cui Maslach riconosce un atteggiamento cinico associato ad una percezione di ambiente di lavoro tossico. A questo proposito, la ricercatrice utilizza la metafora del “canarino nella miniera”, che si riferisce al canarino in gabbietta che un tempo i minatori di carbone portavano con sé in miniera per rilevare la presenza di gas letali come il grisù. I canarini sono infatti uccellini che risentono subito della riduzione di ossigeno disponibile: se collassavano era segno che bisognava scappare immediatamente all'aperto. Il “canarino in miniera” è una metafora usata in molti ambiti, dall'economia alle scienze sociali. La morte dell'uccellino è un avvertimento che mette in guardia contro potenziali pericoli: è un indicatore che anticipa una crisi o l'aggravamento di una situazione o il suo fallimento. L'espressione si può, quindi, tradurre con il nostro ‘campanello d'allarme’ di una situazione di emergenza. Ne deriva che prima di rendere il canarino più resiliente, dovremmo pensare a ridurre la tossicità dell'ambiente lavorativo. L'aspetto rischioso di questa fase è dovuto all'eccesso di reazione difensiva del lavoratore, che, pur essendo un tentativo di difesa, può portare ad una perdita di contatto con sé stessi e le proprie emozioni;

- *Ridotta realizzazione professionale*

Percezione della propria inadeguatezza al lavoro, caduta dell'autostima e sensazione di insuccesso lavorativo. È la fase dell'“erosione dell'anima”, in cui il professionista perde

autostima e non riesce più ad immaginare un futuro sostenibile. È spesso associata ad una sensazione di ridotta competenza e produttività professionale e il rischio è di sviluppare una sindrome depressiva, soprattutto se non è presente una buona rete di supporto sociale.

La Maslach è andata avanti negli anni nell'approfondimento della sindrome da *burnout*, ma già dal primo impianto del suo modello, che abbiamo riportato, sono evidenti elementi di biologia dello stress, percezione emotiva e identità sociale: una puntuale applicazione del modello bio-psico-sociale.

Le aree lavorative esplorate dalla Maslach riguardavano esclusivamente le relazioni d'aiuto: medici, infermieri, insegnanti di scuole pubbliche, avvocati difensori di persone povere, guardie carcerarie, assistenti sociali. Il tratto comune che lei identifica è il sentirsi chiamati a rispondere quotidianamente a persone bisognose.

L'evoluzione della sua ricerca riguarda soprattutto il tema del *mismatch*, che potremmo tradurre come "mancata corrispondenza", tra persona e lavoro, in cui identifica sei aree principali:

1. *Sovraccarico lavorativo*: quando le richieste superano i limiti umani. In caso di emergenza il personale è in grado di rispondere alla super richiesta a breve termine, ma quando l'emergenza diventa un'esperienza quotidiana e routinaria, i professionisti non hanno tempi di recupero fisiologici e possono sentirsi come degli oggetti monouso, sacrificabili e facilmente sostituibili.
2. *Mancanza di controllo*: dovuta sia ad un aumento caotico del lavoro che ad una gestione troppo rigida e gerarchica.
3. *Gratificazioni insufficienti*: ogni essere umano ha bisogno di essere visto, riconosciuto e incoraggiato. La mancanza di sostegno verbale può essere altrettanto negativa del ricevere bassi compensi finanziari.
4. *Disgregazione della comunità*: la perdita del senso di appartenenza, l'isolamento, la non risoluzione dei conflitti interpersonali inducono frustrazione e ostilità, emozioni ad alto tasso di rischio per sviluppare patologie.
5. *Mancanza di equità*: se l'ambiente in cui lavoriamo non esprime un adeguato principio di giustizia, non può esistere il rispetto reciproco.
6. *Conflitto di valori*: nel caso in cui vengano richieste pratiche non corrispondenti ai propri valori etici.

Questo non è un semplice elenco di condizioni distinte; possono essere variamente associate e rappresentano una griglia concettuale per descrivere la crisi che sta distruggendo la relazione tra le persone e il loro lavoro. Questo prezioso approccio enfatizza la dimensione sociale del *burnout*. Abbiamo, però, bisogno di approfondire l'aspetto biologico dello stress, in una visione sistemica che solo un approccio multidisciplinare può dare.

Conclusioni

Guardando indietro di cinque anni, rispetto alla situazione attuale della crisi della sanità italiana, sembra che il tempo sia scorso molto rapidamente e non certo a nostro favore.

La proposta del gruppo cura dei curanti sembra aver riscosso un buon successo nell'uditorio. Si potrebbe dire un lieve sussurro di risposta ad un grido di aiuto che il personale sanitario sta lanciando ormai da troppo tempo e da troppo tempo inascoltato.

Si rischia di essere presi dallo sconforto, ma è necessario continuare e tentare nuove strade.

Bibliografia

- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine *Science*. 1977;196(4286):129-36.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? *BMJ*. 2011;26:343:d4163
- Maslach C, Jackson SE. *Burnout* in health professions: a social psychological analysis. In: Sanders GS, Suls J (Ed.). *Social psychology of health and illness*. London: LEA; 1982. P. 227-251
- Maslach C, Jackson SE. *The Maslach Buornout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1981.
- McEwen BS, Gianaros PJ. Stress- and allostasis-induced brain plasticity. *Annu Rev Med*. 2011;62:431-45.
- Ofri D. The covenant. *Acad Med*. 2017;94(11):1646-8.
- Sterling P, Eyer J. Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In: Fisher S, Reason J (Ed.). *Handbook of life stress, cognition and health*. New York: John Wiley & Son; 1988. p. 629-49.
- Von Bertalanffy L. *Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppi, applicazioni*. Milano: ILI Ed; 1968.

PUNTO DI VISTA DEL MEDICO DI SANITÀ PUBBLICA: SALUTE INDIVIDUALE E DELL'ORGANIZZAZIONE

Cristina Aguzzoli, Joseph Polimeni
Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, Udine

Bisogni di salute individuali ed esigenze dell'organizzazione

Il report sullo stato di salute in Europa “Health at a glance: Europe 2022” (OECD/European Union, 2022) evidenzia le priorità dell'assistenza sanitaria della nostra epoca. Sono evidenziati i tre cardini fondamentali su cui lavorare:

- 1) sono necessarie riforme sulla salute mentale che affrontino la destigmatizzazione, la prevenzione, il trattamento e la reintegrazione;
- 2) è necessario aumentare gli investimenti nell'alfabetizzazione sanitaria e promozione della salute per sostenere l'approccio multisettoriale e ridurre le disuguaglianze in salute, i relativi determinanti socioeconomici, ambientali e i fattori comportamentali collegati (come i rischi associati a diete non salutari, inattività fisica, inquinamento ambientale, consumo di tabacco e alcol);
- 3) è necessario investire in sistemi sanitari resilienti e accessibili che hanno la necessità di continuità e di basarsi su robusti meccanismi di raccolta dati.

Questi cardini erano già ben radicati nell'approccio del gruppo “Cura dei Curanti” costituito nel 2019 e sono stati affrontati nel corso degli anni di lavoro di ricerca e sperimentazione per collegare il tutto in una visione sistemica. “Connect the dots”, unire i puntini, è una metafora urgente più che mai in un'era di cambiamento, perché la crisi che stiamo attraversando riguarda sia i curanti che i sistemi assistenziali in una reciprocità inscindibile, da cui il tema dell'introspezione evolutiva.

Di seguito alcune riflessioni sui 3 cardini in base alle attività svolte dal 2019 ad oggi:

- 1) *Sono necessarie riforme sulla salute mentale che affrontino la destigmatizzazione, la prevenzione, il trattamento e la reintegrazione*

La nostra ricerca si è orientata a comprendere meglio il tema della salute mentale alla luce di recenti evidenze scientifiche, analizzando il problema controverso dei *Medically Unexplained Symptoms* (MUS, sintomi vaghi e aspecifici), attribuiti tradizionalmente al settore della medicina psichiatrica, senza tener conto degli aspetti metabolici che al pari di quelli psichici sono all'origine del fenomeno (*vedi* capitolo “Punto di vista medico clinico: l'emergenza e l'urgenza di una visione sistemica della cura dei curanti”). Con la sigla MUS, si fa riferimento a una serie di segni e sintomi che impattano principalmente sull'assistenza primaria, ma coinvolgono molti reparti della clinica (Rosendal *et al.*, 2013). Il fenomeno che riguarda la prevalenza di tali sintomi nella popolazione generale ha raggiunto ormai proporzioni elevate anche nei curanti come emerso in uno studio realizzato durante la pandemia COVID-19 nelle Aziende Sanitarie del Friuli Venezia Giulia (Polimeni *et al.*, 2022). La nostra ricerca ha esplorato le nuove prospettive di sanità pubblica collegate alla

comprensione delle basi fisiologiche del fenomeno MUS, al fine di destigmatizzare tale sintomatologia. Essi, infatti, non dipendono da una patologia mentale, nonostante la maggior parte dei lavori pubblicati sia su riviste del settore, ma da un'iperattivazione cronica dell'asse dello stress (Tsigos *et al.*, 2015), dove per *stressor* si intende qualsiasi perturbazione dell'omeostasi fisiologica. Si chiarisce meglio quindi la loro epidemiologia, in fase crescente già in era pre-COVID in relazione all'aumento delle patologie croniche anch'esse collegate all'iperattivazione dell'asse dello stress. La questione ci aveva già messo in allarme con le previsioni di decenni fa, in cui la prevalenza della patologia depressiva avrebbe superato il cancro a partire dal 2020. Il nesso si è chiarito con i numerosi lavori che descrivono il ruolo delle citochine infiammatorie nell'induzione delle manifestazioni depressive. Ne emerge una nuova realtà che inquadra la sfida che l'umanità sta affrontando: l'infiammazione persistente è lo sforzo energetico messo in atto dalla specie umana nell'adattamento in contesti completamente diversi dalle origini e in cui la vita media si sta allungando (Chrousos, 2009). L'ulteriore richiamo a cui siamo stati sottoposti è stato quello determinato dalle conseguenze della pandemia, dove i sintomi vaghi e aspecifici (MUS) sono stati inglobati nei Sintomi da Long Covid ⁴. Non è facile trovare il *fil rouge* che collega sintomi di difficile classificazione secondo la tassonomia classica, ma viene richiesto uno sforzo sistemico per comprendere che quando l'organismo è sotto attacco e cerca nuovi equilibri, si creano sindromi di questo tipo e non basta agire a valle dei sintomi, ma va sostenuto il network endogeno. È necessario ampliare il raggio di visione in ottica multiprofessionale come citato nel report europeo 2023.

- 2) *È necessario aumentare gli investimenti nell'alfabetizzazione sanitaria e promozione della salute per sostenere l'approccio multisettoriale e ridurre le disuguaglianze in salute, i relativi determinanti socioeconomici, ambientali e i fattori comportamentali collegati (come i rischi associati a diete non salutari, inattività fisica, inquinamento ambientale, consumo di tabacco e alcol)*

Il gruppo di lavoro “Cura dei curanti” è un esempio della multiprofessionalità che si ritiene sia indispensabile alla nuova medicina, per il compito che ha di trovare linguaggi comuni nel rispetto delle specificità e del bisogno di *connettori*. Uno dei sistemi più importanti per la nostra sopravvivenza è il sistema di reazione allo stress. Esso fa dialogare cuore, cervello, muscoli e sistema nervoso insieme agli altri network (immunitario, endocrino, ecc.) allo scopo di favorire l'adattamento alle situazioni nuove. Al pari di questo meccanismo, anche i sistemi organizzati necessitano di un sistema di reazione allo stress che faccia dialogare i diversi network, per adattarsi alle nuove esigenze della comunità di cui fanno parte. Da qui l'elogio dei “connettori nelle organizzazioni” e nei sistemi. I *connettori* sono persone con collegamenti a molti altri, in gruppi diversi. Sono spesso inosservati e sottovalutati, eppure svolgono un ruolo vitale nel cambiamento dei sistemi: attraversano i silos, diffondono informazioni e mobilitano le persone all'azione. Man mano che ci muoviamo sempre più verso cambiamenti complessi tra i sistemi integrati, abbiamo bisogno di più *connettori*. L'obiettivo comune è recuperare la capacità dei sistemi assistenziali di guarire e non solo di curare, perché, viste le proiezioni sull'invecchiamento della popolazione, se non invertiamo la rotta sul self care e sulla salutogenesi, il carico assistenziale farà esplodere definitivamente i sistemi sanitari e non è un caso che i curanti siano “il canarino nella

⁴ I sintomi sono stanchezza estrema (affaticamento), sensazione di fiato corto, dolori muscolari, problemi con la memoria e la concentrazione (“nebbia cerebrale”), dolore o senso di oppressione al petto, difficoltà a dormire (insonnia), palpitazioni, vertigini, formicolio, dolori articolari, depressione e ansia, tinnito, mal d'orecchi, sensazione di malessere, diarrea, dolori di stomaco, perdita di appetito, febbre alta, tosse, mal di testa, mal di gola, eruzioni cutanee.

miniera” e che se possono scappano via (*vedi* il capitolo “Punto di vista medico clinico: l'emergenza e l'urgenza di una visione sistemica della cura dei curanti). L'introspezione è urgente per avviare piani di miglioramento che restituiscano il senso di efficacia a persone e organizzazioni.

La buona notizia è che i sintomi MUS che rappresentano l'iperattivazione persistente dell'asse dello stress, al pari della sindrome metabolica di cui possono essere considerati i progenitori, hanno un giovamento in termini di riduzione fino a scomparsa proprio grazie al cardine numero 2 (OECD/European Union, 2022), vale a dire gli stili di vita. Quindi siamo alla radice di ciò che genera patologia sia mentale che fisica. Il limite del cardine 2 è che cita solamente i fattori di rischio da evitare, secondo una logica patogenetica, ma non entra nel dettaglio dei fattori di protezione in un'ottica salutogenetica⁵, questione molto importante che sarà descritta più tardi e che differenzia la prevenzione delle malattie dalla promozione della salute.

3) *È necessario investire in sistemi sanitari resilienti e accessibili che hanno la necessità di continuità e di basarsi su robusti meccanismi di raccolta dati*

L'ultimo cardine riguarda la resilienza dei sistemi assistenziali, anche a seguito della drammatica lezione impartita dalla pandemia. In tale sezione, la nostra ricerca si è articolata descrivendo l'esperienza della rete internazionale degli Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono la salute (*Health Promoting Hospitals*, HPH), la rete avviata dalla *World Health Organization* (WHO) negli anni '90 del secolo scorso a seguito della Carta di Ottawa per la Promozione della Salute. Tale rete si basa sul *setting based approach*, che crea nelle aziende sanitarie una rete di “connettori” in grado di mappare l'esistente tramite standard di autovalutazione disegnati ad hoc per collegare la salute dell'organizzazione, dei pazienti e dei curanti in una visione bio-psico-sociale unitaria, per verificare punti di forza e fragilità del sistema e avviare piani di miglioramento guidati dall'interno, producendo evoluzione, gratificazione e resilienza.

Le società non si sono ancora riprese dalla pandemia, molte persone lottano costantemente mentalmente e fisicamente per ritrovare un equilibrio. La spesa per la prevenzione è aumentata, ma ciò è stato principalmente legato alla gestione della pandemia COVID-19, piuttosto che agli investimenti pianificati. A queste criticità si aggiunge la carenza di personale sanitario e la fuga all'estero di tanti professionisti qualificati, che fa aumentare ulteriormente il carico su chi resta nel sistema pubblico italiano.

Reazione individuale e organizzativa allo stress

La situazione che stiamo affrontando rientra a pieno titolo tra gli *stressor*⁶ di una società e i sistemi sanitari stanno pagando un alto prezzo, che aumenterà a dismisura se non avviene l'auspicato riorientamento (Saan & Wise, 2011). L'impatto degli *stressor* sui sistemi complessi quali sono gli esseri umani e le organizzazioni sanitarie, intese come una cooperazione di esseri

⁵ Il modello salutogenico è nato come modello di gestione dello stress e del coping (Antonovsky, 1996). La salutogenesi come orientamento è un'idea in stretto contatto con un ampio movimento accademico verso una prospettiva positiva sulla vita umana.

⁶ Per *stressor* intendiamo una sollecitazione che perturba l'equilibrio di un sistema che lotta per recuperare l'omeostasi. Gli *stressor* sono determinati dalle nuove esigenze e sono funzionali al cambiamento, sono inevitabili, ma diventano un pericolo in correlazione alla loro numerosità, frequenza e intensità.

umani verso un fine comune, deve essere letto in tempo reale per avviare piani di miglioramento continui, particolarmente necessari nelle fasi di cambiamento di un'epoca. Purtroppo spesso attendiamo troppo tempo per intervenire e lasciamo che il fenomeno si amplifichi fino a determinare patologia sia negli esseri umani che nelle organizzazioni. La necessità di un'introspezione evolutiva e sistemica è evidente. L'introspezione individuale deve tener conto della genesi dello stress system negli esseri umani e dell'impatto della reazione primordiale *Fight or Flight* che lo caratterizza. Nel suo percorso evolutivo, la specie umana ha sperimentato fattori di stress ambientali, che hanno esercitato una pressione selettiva sul suo genoma. Tale selezione favorì gli antenati che erano efficienti nel conservare l'energia, nel combattere la disidratazione, nel combattere gli agenti dannosi, nell'anticipare gli avversari, nel ridurre al minimo l'esposizione al pericolo e nel prevenire eventuali danni ai tessuti.

Nella Tabella 1, adattamento italiano (Aguzzoli & De Santi, 2018) della sintesi pubblicata su *Nature* da uno dei più grandi esperti al mondo di stress (Chrousos, 2009), si riporta uno schema dei percorsi di adattamento che gli esseri umani hanno sviluppato nei millenni per sopravvivere al cambiamento.

Tabella 1. Risposte adattative agli stressor evolutivi e malattie correlate nelle società umane moderne

Stressor evolutivi	Vantaggio selettivo	Malattia contemporanea
Combattere la fame	Conservazione dell'energia	Obesità e sindrome metabolica
Combattere la disidratazione	Conservazione dei fluidi e degli elettroliti	Iperensione
Combattere gli agenti patogeni	Potenziamento della reazione immunitaria	Autoimmunità e allergia
Prevedere un attacco da parte dell'avversario	Eccitazione e paura	Ansia e insonnia
Minimizzare l'esposizione al pericolo	Isolamento sociale	Depressione
Prevenire la lacerazione e perdita di tessuti	Mantenimento dell'integrità tissutale	Sindrome dolorosa e da affaticamento

Modificata da Chrousos, 2009, riprodotta per gentile concessione da SEEd Medical Publishers

Nelle società moderne, lo stile di vita è cambiato radicalmente rispetto a quello del nostro passato. Non viviamo in carenza di cibo, ma spesso siamo sovraesposti ed esso. Non siamo in pericolo di vita perché inseguiti da predatori intesi come belve feroci, ma spesso percepiamo come predatore un collega al lavoro o un familiare a casa. La risposta allo stress è sempre la stessa, ma si attiva in condizioni nettamente diverse da quelle che hanno strutturato i nostri meccanismi innati di difesa, e non prevede più la reazione attacca o fuggi prevista dall'attivazione di adrenalina e cortisolo. Al contrario spesso comporta la sopportazione silenziosa, la rassegnazione statica agli *stressor* generando impotenza e implosione o esplosione emotiva. Questa situazione quando si protrae crea i presupposti per la maggior parte delle patologie attuali. L'ambiente moderno e l'allungamento della nostra aspettativa di vita sembrano consentire l'espressione di questi mali legati al benessere.

Anche il contesto assistenziale, al pari di un organismo vivente, è un sistema complesso in adattamento continuo ed è dotato di uno *stress system*. Quando il carico di lavoro diventa eccessivo e le persone che lavorano nel contesto sono sottoposte a stimolazione stressogena (alla quale si somma anche quella extra lavorativa) per troppo tempo senza fasi di recupero, in assenza

di monitoraggio globale e compensazione di tutti questi fattori, l'attivazione dello stress system persiste nel tempo e diventa cronica. Se nell'essere umano la cronicizzazione genera i MUS, specularmente nel *setting* sanitario si generano conflitti, violenze, scadimento nelle prestazioni e fuga degli operatori dai servizi che rappresentano metaforicamente i MUS e le malattie dei sistemi complessi. Di seguito si rappresenta graficamente il parallelismo della reazione allo stress dal punto di vista dell'individuo e dell'organizzazione (Figura 2).



Figura 2. Somiglianze fra i livelli di interazione sistemica nell'essere umano e livelli di interazione sistemica del setting sanitario e risposte allo stress del personale e delle organizzazioni

Nella Figura 2, oltre alla reazione *Fight or Flight or Freeze*, viene evidenziata un'altra modalità meno famosa ma molto importante con cui gli esseri umani reagiscono allo stress: la reazione *Tend and be friend* (Taylor *et al.*, 2000). Tipica del genere femminile nell'atto di accudire la prole, si tratta di una modalità praticamente innata in chi è per mission interprete della relazione di cura. La reazione *Tend and be friend* prevede compassione, empatia, comunicazione efficace, cooperazione e quando viene esercitata sia per gli altri che nei propri confronti, è molto utile per allenare la resilienza personale. Prerequisito per queste attitudini è possedere le qualità implicite dell'intelligenza emotiva e delle life skills ad essa correlate. Ogni volta che la cronaca richiama l'attenzione su episodi di violenza contro il sistema sanitario si prova sgomento, indignazione e ci si chiede perché accade. La grande domanda da farsi è perché vengono ignorati i segnali prodromici che portano a simili effetti di perdita di umanità che fanno prevalere la reazione *Fight or Flight* a quella del *Tend and be friend*. La fisiologia umana prevede che la risposta *Fight or Flight* (che dipende dal sistema limbico e in particolare dalla stimolazione dell'amigdala) sia frenata dalla funzione dell'intelligenza emotiva esercitata dalla corteccia prefrontale, sede in cui prevale la *Tend and be friend*. Solo se il pericolo è molto alto, la corteccia viene disattivata per consentire al sistema limbico di scatenare la paura e attivare l'input "salvifico" di combattere o scappare. Possiamo dire che quando un sistema complesso come un'organizzazione sanitaria perde la funzione manageriale di comunicare/percepire i bisogni della sua periferia e continua a sollecitare la stessa in azioni di tamponamento dello *stressor*, chiedendo solamente di resistere, nel tempo fa scattare il sistema dell'esaurimento energetico, con annesse paura e rabbia, tipiche emozioni del sistema limbico. Le neuroscienze hanno da tempo dimostrato il ruolo dei neuroni specchio nell'attivazione della risonanza empatica e va da sé che in tali casi

la risonanza, invece di essere empatica diventa al contrario amplificazione dello stress percepito in tutto il team.

Negli ultimi anni, il fenomeno dei MUS ha ricevuto sempre maggiore attenzione ed è altamente diffuso in tutti gli ambiti sanitari, rappresentando circa il 45% di tutte le visite di medicina generale (Haller *et al.*, 2015) e il 20-25% di tutti i frequentatori abituali delle cliniche mediche. La necessità di aggiornamento scientifico su questo tema è urgentissima, perché i MUS rappresentano un fenomeno sociale che impatta dal punto di vista fisico oltre che psicologico e caratterizza qualsiasi essere umano o popolazione in fase di cambiamento. Purtroppo alcuni *gap* culturali nella visione frammentata della medicina iperspecialistica non mettono in relazione i vari network endogeni e i circuiti di retroazione continua necessari all'omeostasi, riducendo questi sintomi a materia di salute mentale. Nell'approcciarli viene omissso lo studio dell'impatto metabolico che l'attivazione persistente dell'asse dello stress esercita sul tessuto muscolare, osseo e adiposo con la comparsa della sindrome da obesità osteosarcopenica, disturbi metabolici, cardiovascolari e del sistema immunitario.

Il personale sanitario, al pari della popolazione generale, riporta un'elevata prevalenza di sintomi definiti MUS, finendo nello stesso limbo in cui si trovano cittadini e pazienti. Il fenomeno è stato studiato a partire dalla pandemia ed è a tutt'oggi oggetto di monitoraggio in alcune realtà italiane (Polimeni *et al.*, 2022). Se non si pone rimedio, il ritardo nell'interpretazione del fenomeno, oltre ad essere alla base del maggior numero di malattie cronico degenerative, aumenterà a dismisura il disagio, determinando un carico assistenziale sempre più insostenibile e la decrescita esponenziale della forza terapeutica e numerica dei curanti. La presenza di MUS nella popolazione, come indicatore di carico allostatico, è associata inoltre a maggiori costi sanitari e gli interventi volti a identificare e trattare precocemente tali sintomi potrebbe aiutare a ridurre questi costi oltre a migliorare i risultati con i pazienti. I costi sanitari per i pazienti che riferiscono la presenza di MUS in un periodo di 5 anni risultano considerevolmente più alti rispetto a quelli che non li presentano. Una revisione sistematica (Konnopka *et al.*, 2012) ha indagato gli studi sul costo della malattia e le valutazioni economiche della presenza persistente di MUS nella popolazione rilevando che i costi diretti del trattamento in eccesso (utilizzo dell'assistenza sanitaria) per paziente variavano da \$ 432 a \$ 5.353 all'anno. Ci sono anche costi indiretti (es. presenzialismo e assenze per malattia) e il costo annuale attribuibile ai MUS, dovuto alla perdita di produttività e alla diminuzione della qualità della vita, ammonta a oltre 14 miliardi di sterline per l'economia del Regno Unito (Jadhakhan *et al.*, 2022). Nonostante tutte le dichiarazioni fatte dalla WHO a partire da Ottawa e il fatto che siano passati oltre 70 anni, in sanità si continua ad agire prevalentemente sulla patogenesi e sulla cura delle malattie. Di salute si parla molto poco. Gli ostacoli alla trasformazione in sanità includono vari elementi (Lee *et al.*, 2013):

- mancanza di leadership governativa e di impegno politico;
- promozione della salute nel *setting* sanitario non è collegata ad iniziative pertinenti esistenti;
- bassa priorità della promozione della salute (da parte dei leader) negli obiettivi aziendali in grado di permeare e coinvolgere tutta l'organizzazione sanitaria;
- presenza di dirigenti ospedalieri con una conoscenza limitata della promozione della salute nel contesto assistenziale;
- mancanza di background (scientifico e culturale) di promozione della salute all'interno dell'ospedale e del servizio sanitario, ruolo affidato talora come ripiego a chi si ritiene non sia capace nelle tradizionali attività di assistenza;
- mancanza di aggiornamento da parte di chi vive ancora nel ricordo dell'educazione alla salute e ha solo cambiato verbo davanti alla parola salute;
- diffuso atteggiamento che preferisce il rischio, il trattamento e la quantità alla salute e alla qualità.

Attualità della Carta di Ottawa in una prospettiva salutogenica

L'Italia ha aderito ufficialmente alla WHO in data 11 aprile 1947. Secondo la Costituzione della WHO, l'obiettivo dell'organizzazione era ed è il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute, definita come uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattie o infermità. Si fa strada ufficialmente il modello della salutogenesi in un mondo orientato alla patogenesi, ma per parlare di salutogenesi c'è la necessità di parlare di benessere. Il fatto che l'epidemiologia del benessere non sia stata ancora sufficientemente sviluppata nonostante le spinte della WHO e delle evidenze scientifiche, determina la difficoltà di motivare le scelte della comunità in tal senso misurandone i risultati in termini di efficacia. Quindi le persone non investono sul loro benessere e le organizzazioni non investono sul benessere degli operatori in modo sistemico e si creano circoli viziosi, con la frammentazione di iniziative e sondaggi spesso senza ricadute operative e quando si parla di benessere si parla di qualcosa di cui nessuno ha un'idea comune se non che è già scomparso da tempo. Ma le basi per l'introspezione evolutiva erano già state descritte nella Carta di Ottawa. A Ottawa infatti nel 1986 si è svolta la Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, che si fonda sui principi della salutogenesi. Il documento che ne è emerso, definito la Carta di Ottawa, era una risposta all'attesa, sempre più chiara, di un nuovo movimento di sanità pubblica nel mondo ed è estremamente attuale ancora oggi.

Di seguito sono riportati i punti salienti della Carta di Ottawa con alcuni commenti:

– *Difendere la causa della salute (to advocate)*

La promozione delle idee è alla base della creatività organizzativa e del benessere, funzionali al fatto di poter controllare *stressor* e perdita dell'omeostasi essendo protagonisti. La cooperazione multisettoriale a favore della salute è ancora un'utopia in una sanità iperspecialistica che ragiona in base alle patologie d'organo e non in base ai network endogeni. Non si tiene conto del terreno comune sui cui attecchiscono le patologie: basti pensare al richiamo lanciato dalla recente pandemia COVID-19 dove la presenza di infiammazione cronica persistente anche se di basso grado determinava un terreno incendiario su cui il virus si potenziava fino a diventare un flagello mortale.

– *Mettere in grado (to enable)*

Per offrire a tutti gli stessi mezzi e le capacità di attivare la gestione autonoma dei determinanti della propria salute, è necessario un aggiornamento costante sulle evidenze scientifiche riguardanti la fisiologia dell'autoregolazione, dei sistemi di protezione innati di cui disponiamo per governare la salutogenesi e la tutela delle riserve di salute. Questo tema troppo spesso viene dimenticato e mette le persone in uno stato di impotenza passiva che poco ha a che fare con l'empowerment.

– *Fare opera di mediazione (to mediate)*

Sostenere i curanti nel cambiamento culturale e nel loro self care è la base per costruire un nuovo assetto in cui i cittadini possano aver fiducia e rispecchiarsi. Il cambiamento parte da dentro le strutture perché ne conoscono la complessità e la sanno governare, la promozione della salute deve essere credibile per amplificarsi all'esterno ed evitare il paradosso di voler indurre gli altri a fare quello che non siamo capaci di fare per noi stessi.

– *Riorientare i servizi sanitari*

È urgente un Piano di Promozione della Salute multisettoriale che coinvolga il management aziendale, con obiettivi chiari assegnati alle Direzioni Generali, per monitorare il

cambiamento di rotta e smettere di sentirsi inefficienti a rincorrere i bisogni emergenti di una società che sembra implodere nella malattia. Un Piano di Promozione della Salute che dia dignità e indicatori misurabili ai principi dell'attualissima Carta di Ottawa, per praticare seriamente la prospettiva salutogenica. È di cruciale importanza impedire che in un periodo di complessità e cambiamento come quello che stiamo vivendo, si alimenti il senso di impotenza da parte dei curanti, dei curati e del sistema di cura. Il riorientamento auspicato deve essere immaginato, percepito e desiderato da parte del servizio stesso che sa leggerci e aggiustarsi strada facendo.

Lentezza nell'adattamento ai nuovi bisogni e introspezione evolutiva urgente

L'introspezione urgente che riguarda i sistemi complessi come le organizzazioni sanitarie deve tener conto delle capacità dei sistemi complessi adattativi di auto organizzarsi⁷. Purtroppo anni di iperspecializzazione e di mancata governance da parte della leadership sui temi della promozione della salute individuale e organizzativa per un uso frequentemente sovrapposto e confusivo dei termini prevenzione della malattia, educazione e promozione della salute, spesso interpretati con singoli progetti a tempo, hanno prodotto una sorta di atrofia del miglioramento continuo e sistemico e quindi della capacità di adattarsi riorganizzandosi. Si tratta di una disabilità che resta misconosciuta finché non arriva uno *stressor* violento che mette in discussione tutto e la pandemia è stato un esempio purtroppo perfetto che ha fatto vacillare e crollare i punti deboli del sistema. La lezione che stiamo imparando è che a differenza dei sistemi meccanici in cui le parti componenti interagiscono linearmente per produrre un risultato prevedibile, i componenti dei sistemi complessi interagiscono in modo non lineare su più scale e producono risultati inaspettati. Da cui il senso di perdita di controllo. L'output di un sistema meccanico può essere controllato manipolando ciascuna delle sue parti, mentre l'output di un sistema complesso è dinamico, comportandosi in modo diverso a seconda delle condizioni iniziali e del feedback. Ad esempio, il sistema sanitario comprende reti di componenti (ospedali, cliniche, case di cura, unità di riabilitazione, famiglie e pazienti) che interagiscono in modo non lineare su scale diverse (paziente, famiglia, centro medico e governo) e spesso producono conseguenze indesiderate (reazioni avverse ai farmaci, infezioni nosocomiali, riospedalizzazioni e declino funzionale). Il paradosso è che più vengono create norme per controllare il comportamento di un sistema complesso, più il sistema può deviare dal risultato desiderato. Le tendenze prevalenti nell'utilizzo di protocolli sanitari, leve finanziarie e programmi a compartimenti stagni per gestire il sistema sanitario sono fatalmente imperfette e porteranno a conseguenze indesiderate (Sturnberg *et al.*, 2012). Ad oggi in Italia non vi sono mandati chiari per la stabilizzazione di modelli per la promozione della salute sistemica a partire dai *setting* sanitari, che fungano da acceleratori di modelli stabili negli altri *setting* chiamati a promuovere la salute. Anzi spesso sono gli altri *setting* che si propongono come saturatori di alcune linee di lavoro della promozione della salute anche in ambito sanitario, che sembra assorto nell'unico atto di erogare prestazioni e di soffrire l'incapacità attuale di soddisfare le richieste. A fronte di questa lentezza nell'aderire alla Carta di Ottawa e al riorientamento dei servizi sanitari, esiste una realtà molto solida a livello internazionale che sostiene i sistemi sanitari in tale processo. La strategia che persegue il modello

⁷ Sistema complesso: un insieme di agenti individuali, che hanno la libertà di agire in modi non sempre totalmente prevedibili e le cui azioni sono tra loro interconnesse così che le azioni di un agente cambiano il contesto per gli altri agenti, come descrive sul BMJ nel 2001 il prof. Plsek nell'articolo "The challenge of complexity in health care".

salutogenetico e la promozione della salute nel *setting* sanitario è condotta dalla rete *Health Promoting Hospitals & health services* (Rete HPH) (www.hphnet.org). Alcune regioni italiane aderiscono su base volontaria a tale strategia ma non c'è ancora un mandato nazionale che induca le organizzazioni sanitarie a integrarla nella propria *mission* e *vision*. Nel mondo asiatico, in grande sviluppo economico, essa sta acquisendo una forza enorme dimostrando la volontà di interpretare il cambiamento invece di subirlo. Attualmente esiste un coordinamento delle reti italiane, che, in attesa di consolidare un modello unitario che possa far convergere valori, principi e strumenti in una strategia stabile con un mandato forte a livello nazionale, ha promosso un evento nel 2023 facendo convergere tutti gli stakeholder sul tema della cura dei curanti.

Misurare i sintomi vaghi e aspecifici di individui e organizzazioni

Per un'introspezione evolutiva individuale ad oggi esistono strumenti non invasivi (Tsigos *et al.*, 2015; Chrousos *et al.*, 2022) che misurano l'effetto dei MUS in quanto epifenomeno di infiammazione persistente di basso grado stress correlata, quindi, dello stress cronico sul sistema nervoso autonomo, sulle riserve energetiche dell'organismo e sulla corteccia prefrontale mettendo in evidenza il decadimento progressivo delle funzioni dell'intelligenza emotiva che hanno sede in questa regione cerebrale. Non possiamo trascurare segni e sintomi che se lasciati germogliare amplificano la fatica e la lentezza dei sistemi complessi nell'atto di cambiare, sia a livello di soggetto singolo che di organizzazioni di persone. Tali modalità sono utilizzate nel programma "Aver cura di chi ci cura" che prevede un servizio di offerta attiva di promozione della salute dedicato all'autovalutazione dei MUS e al recupero della riserva di salute tramite i ritmi circadiani (Polimeni *et al.*, 2022). Creare un ambiente in cui fiorisca un approccio intenzionale, innovativo e sistematico all'implementazione tratto dalla ricerca è una sfida, ma vale la pena di affrontarla.

Anche in un *setting* sanitario possiamo valutare metaforicamente i MUS come epifenomeno di stress cronico, essi sono le assenze, gli infortuni, le *malpractice*, i *near miss*, i conflitti, la riduzione della *performance*. L'energia, invece di essere investita per il miglioramento continuo, viene drenata dalla medicina difensiva, dalla rabbia delle persone che non si sentono più accudite e tutelate. Quando il sistema organizzativo smette di autorigenerarsi e di avviare piani di miglioramento che tengano conto dei suoi elementi costitutivi attende soluzioni (riforme) dall'esterno, che vengono assorbite lentamente e con elevata resistenza, complice la struttura kafkiana della burocrazia, che sfinisce ulteriormente curanti e curati.

Rigenerazione della leadership

Una recentissima *review* (Osti *et al.*, 2023) ha studiato il fenomeno della leadership durante la pandemia. I tratti umani, il comportamento e l'intelligenza emotiva sono emersi come criteri davvero necessari per creare e trasmettere fiducia, sia a livello istituzionale (e quindi ai cittadini) che nel gruppo di lavoro. In particolare empatia, compassione, attenzione al benessere e onestà vengono riaffermate come caratteristiche chiave per garantire credibilità e fiducia consentendo l'attuazione di azioni e misure, in particolare durante la pandemia, senza suscitare dubbi, perplessità e, in casi estremi, la rabbia della popolazione. Questi punti sono strettamente legati alle capacità di comunicazione della leadership che opera in sistemi complessi, che come tali richiedono un approccio sistemico e inclusivo di molteplici elementi. In effetti, i leader che operano in queste aree dovrebbero avere un profilo che rifletta la molteplicità delle sfide che

devono affrontare. Questo elemento suggerisce l'importanza di una fecondazione incrociata di competenze e capacità tra gli operatori sanitari, inclusi medici, chirurghi, infermieri, psicologi e professionisti della sanità pubblica.

Gli strumenti di lavoro, la strategia e il piano d'azione della rete HPH perseguono tali obiettivi e sono a disposizione di chiunque voglia cooperare in questa trasformazione in corso, che parte dallo Standard n°1: Dimostrare l'impegno organizzativo per HPH. Al primo posto tra i criteri di autovalutazione troviamo proprio il sottostandard 1.1 Leadership, che invita l'organizzazione ad autovalutare quanto la sua leadership favorisce una cultura orientata alla salute e al miglioramento continuo. Oltre ai criteri con cui un leader agisce nell'organizzazione e quindi proietta la sua capacità di coinvolgimento all'esterno, è necessario un set di criteri per l'introspezione personale del leader, al fine di convocare le sue risorse interne. Uno strumento utile in tal senso è disponibile nel sito dell'*Health & Safety Executive* del Regno Unito nella sezione *Stress at work- Line manager Competency Indicator Tool* (HSE, 2009). Lo strumento si chiama "Stress management competency indicator tool" e consente al leader di automonitorarsi nell'esercizio dell'intelligenza emotiva necessaria per navigare la complessità insieme al suo team. Per essere leader sociali è indispensabile prima di tutto una sana e consapevole leadership interiore, con visione integrata e capacità di autoaggiustamento continuo.

Conclusioni

Nonostante tutte le dichiarazioni della WHO sulla promozione della salute a partire da Ottawa e il fatto che sono passati oltre 70 anni, in sanità si continua ad agire prevalentemente sulla patogenesi e sulla cura delle malattie. Di salute si parla molto poco e di conseguenza è difficile ottenere l'empowerment auspicato.

L'introspezione individuale e organizzativa sono un'urgenza e uno strumento di dignità professionale imprescindibili del *setting* sanitario, più che mai nei momenti di cambiamento come quello che stiamo vivendo. Si tratta di riappropriarsi di un'abilità naturale. Ci sono molti esempi di comportamenti emergenti e auto-organizzati nei sistemi biologici, tra cui lo stormo di uccelli, la formazione di banchi di pesci e l'illuminazione sincronizzata delle lucciole. Il cervello si auto-organizza in reti neurali con modelli di comportamento emergenti come la complessa ritmicità del camminare, del sonno, della frequenza cardiaca o della secrezione ormonale (Lipsitz, 2012). Si tratta di competenze innate di salutogenesi che abbiamo il dovere di riconoscere e promuovere per sostenere l'adattamento dei sistemi complessi.

Per facilitare l'introspezione e l'auto-organizzazione nel *setting* sanitario, la rete internazionale HPH mette a disposizione dei suoi connettori⁸ uno strumento di autovalutazione con 5 standard, 18 sottostandard e 85 dichiarazioni standard. Tuttavia, va sottolineato che, in alcune realtà italiane che aderiscono al *setting based approach* promosso dalla rete HPH internazionale, l'autovalutazione con i relativi piani di miglioramento è un'attività prevista dagli obiettivi di budget aziendali e in alcune realtà internazionali è inserita nell'accreditamento istituzionale.

Per l'introspezione e auto-organizzazione individuale è necessario un processo culturale di aggiornamento scientifico sul costruito culturale del benessere, a partire dal fenomeno dei MUS, indicatori precoci di carico allostatico e usufruendo delle nuove tecnologie non invasive che ne guidano l'interpretazione oggettiva oltre che soggettiva in coerenza con l'attivazione dei due assi dello *stress system*. Il cambio di rotta è epocale, poiché da un approccio patogenetico esclusivo di valutazione dei rischi, si passa all'integrazione con l'approccio salutogenico della costruzione

⁸ Componenti di comitati multidisciplinari e *task force* aziendali sulla promozione della salute previsti dalla strategia.

di riserva di salute, prerequisito per sentirsi efficaci nel recupero psicofisico e nel ruolo terapeutico attivo verso la cittadinanza assistita. Questa a nostro parere è la via da percorrere per ridiventare protagonisti e ridisegnare uno dei sistemi sanitari che fino a pochi anni fa era ai primi posti nel mondo.

Bibliografia

- Aguzzoli C, De Santi AM. *100 domande sulla gestione dello stress*. Torino: SEEd; 2018.
- Antonovsky A. *Health, stress and coping*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1979.
- Chrousos GP, Papadopoulou-Marketou N, Bacopoulou F, Lucafò M, Gallotta A, Boschiero D. Photoplethysmography (PPG)-determined heart rate variability (HRV) and extracellular water (ECW) in the evaluation of chronic stress and inflammation. *Hormones (Athens)*. 2022 Sep;21(3):383-390.
- Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol*. 2009 Jul;5(7):374-81.
- Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Disturbi somatoformi e sintomi inspiegabili dal punto di vista medico nelle cure primarie. *Dtsch Arztebl Int*. 17 aprile 2015; 112(16):279-87.
- HSE. *Stress management competency indicator tool*. London: UK Health and Safety Executive; 2009.
- Jadhakhan F, Romeu D, Lindner O, Blakemore A, Guthrie E. Prevalence of medically unexplained symptoms in adults who are high users of healthcare services and magnitude of associated costs: a systematic review. *BMJ Open*. 2022 Oct 5;12(10): e059971.
- Konnopka A, Schaefert R, Heinrich S, et al. Economics of medically unexplained symptoms: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom* 2012;81:265-75.
- Lee CB, Chen M S, Powell M J, Cordia C. Organisational change to health promoting hospitals: a review of the literature. *Springer Science Reviews* 2013;1:13-23.
- Lipsitz LA. Understanding health care as a complex system: the foundation for unintended consequences. *JAMA*. 2012 Jul 18;308(3):243-4.
- OECD/European Union. *Health at a glance: Europe 2022: state of health in the EU cycle*. Paris: OECD Publishing; 2022. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.
- Osti T, Valz Gris A, Corona VF, Villani L, D'Ambrosio F, Lomazzi M, Favaretti C, Cascini F, Gualano MR, Ricciardi W. Public health leadership in the COVID-19 era: how does it fit? A scoping review *BMJ Leader* 2023; 0:1-9.
- Plsek PE, Greenhalgh T. Scienza della complessità: la sfida della complessità nell'assistenza sanitaria. *BMJ*. 15 settembre 2001; 323(7313):625-8.
- Polimeni J, Andreatti M, Aguzzoli C. La Rete Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) nella Regione Friuli Venezia Giulia: uno strumento utile per promuovere il benessere degli operatori sanitari. *Organizzazione Sanitaria*. 2022;4:3-14.
- Rosendal M, Blankenstein AH, Morriss R, Fink P, Sharpe M, Burton C. Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 18;(10):CD008142.
- Saan H, Wise M. Enable, mediate, advocate. *Health Promot Int*. 2011 Dec;26 Suppl 2:ii187-93.
- Sturmberg JP, O'Halloran DM, Martin CM. Understanding health system reform - a complex adaptive systems perspective. *J Eval Clin Pract*. 2012 Feb;18(1):202-8.
- Taylor SE, Klein LC, Lewis BP, Gruenewald TL, Gurung RA, Updegraff JA. Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychol Rev*. 2000;107(3):411-29.
- Tsigos C, Stefanaki C, Lambrou GI, Boschiero D, Chrousos GP. Stress and inflammatory biomarkers and symptoms are associated with bioimpedance measures. *Eur J Clin Invest*. 2015 Feb;45(2):126-34.

CURARE IL SISTEMA DEI CURANTI ATTRAVERSO LO STRUMENTO DI AUTOVALUTAZIONE DELLA RETE HEALTH PROMOTING HOSPITALS & HEALTH SERVICES

Cristina Aguzzoli (a), Eloise Longo (b), Joseph Polimeni (a)
(a) Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, Udine
(b) Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Strumento di autovalutazione

Nel presente capitolo s'intende presentare uno strumento in grado di dare supporto agli ospedali e ai servizi sanitari per valutare e attuare la promozione della salute, stimolare i processi di miglioramento interno continuo, incoraggiare la rifocalizzazione della strategia organizzativa, per affrontare meglio le sfide generali del sistema sanitario e convertire concretamente l'organizzazione in un ambiente che promuove la salute. Lo strumento denominato "Autovalutazione per l'implementazione degli standard 2020 per gli ospedali e i servizi sanitari che promuovono la salute" è stato realizzato dalla rete internazionale *Health Promoting Hospitals & health services* (HPH) (www.hphnet.org) su commissione della *World Health Organization* (WHO).

L'applicazione di questo strumento è stata proposta a un gruppo di studenti del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata nell'ambito di un progetto di Ricerca Azione Partecipata (RAP). Si tratta di studenti professionisti che svolgono la propria professione in vari contesti sanitari assistenziali sul territorio nazionale a cui è stato chiesto di applicare nel proprio contesto di lavoro l'autovalutazione riferita allo *Standard 4: Creare un posto di lavoro sano e un setting salutare*. I risultati saranno descritti nel prosieguo della trattazione.⁹

Nascita ed evoluzione degli standard *Health Promoting Hospitals*

A partire dagli standard di qualità per l'assistenza ospedaliera sviluppati in molti Paesi – in Australia dall'*Australian Council on Healthcare Standards* (ACHS); in Canada dal *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA); in Francia dall'*Haute Autorité de Santé* (HAS); in Gran Bretagna dall'*Health Quality Services* (HQS); negli Stati Uniti d'America dalla *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO) (HPHNET, 2020) – e dagli standard che mirano al raggiungimento dell'eccellenza, come ad esempio, quelli sviluppati dall'*International Organization for Standardization* e dalla divisione internazionale di JCAHO,

⁹ Si specifica che tra i requisiti dell'applicazione di questo strumento vi è la collaborazione multidisciplinare per la raccolta dei dati. Il personale, infatti, dovrebbe essere coinvolto a diversi livelli organizzativi nella raccolta dei dati e nella valutazione degli standard. C'è poco valore se una singola persona completa l'autovalutazione senza il coinvolgimento del personale di riferimento, poiché ciò potrebbe anche impedire al personale di assumersi la responsabilità e di apprendere dal processo.

Joint Commission International (JCI), è stata condotta una riflessione in merito alla limitata relazione di tali standard con l'attività di promozione della salute.

A tal fine la WHO ha prodotto un set di standard aggiuntivi per supplire tale carenza. Nel 2006 la Divisione di Qualità dei Sistemi Sanitari della WHO ha, infatti, diffuso lo strumento "Implementare la promozione della salute negli ospedali: manuale e schede per l'autovalutazione". Tale versione è stata recentemente rivisitata per dare origine allo "Strumento di Autovalutazione per l'implementazione degli Standard 2020 per gli Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono la salute" (HPHNET, 2020).

Questi standard hanno avuto una rilevanza internazionale significativa per la rete HPH, essendo stati tradotti in quindici lingue e ben accolti dalle autorità sanitarie nazionali, dai ricercatori e da prestigiose associazioni scientifiche e ordini professionali. L'aggiornamento era necessario per integrare i nuovi documenti internazionali rivolti alla promozione della salute e le nuove conoscenze riguardanti la stretta relazione fra stili di vita e stress psicosociale nella patogenesi delle malattie croniche. Il nuovo Strumento di Autovalutazione si basa su anni di lavoro all'interno della rete HPH internazionale, che conta oltre 600 membri, tra reti regionali e strutture ospedaliere e territoriali aderenti come soggetti singoli.

Per essere un Ospedale o un servizio sanitario che promuove salute è consigliabile effettuare l'autovalutazione del raggiungimento degli standard in modo sistematico e periodico.

È inoltre necessario un percorso stabile di formazione che coinvolga e monitori i diversi livelli di responsabilità e comunicazione all'interno dei contesti assistenziali, con particolare riferimento alla leadership per la promozione della salute.

Ruolo dell'autovalutazione e autoregolazione nella cura del sistema curanti

Gli strumenti di autovalutazione e autoregolazione che la rete HPH promuove sono gli "attrezzi" per l'allenamento periodico, di individui e organizzazioni sia nell'attività ordinaria che in momenti di emergenza. Per quelle strutture che integrano lo strumento nel lavoro abituale, l'autovalutazione diventa un punto di riferimento importante che aumenta la capacità di controllo e ancora le strategie di emergenza ad un tessuto che genera sicurezza e appartenenza anche quando si percorre un cambiamento. Tale strategia diventa un elemento costante di evoluzione così come descritto dal Ciclo di Deming Shewhart.¹⁰

I referenti della rete HPH presenti nelle aziende sanitarie promuovono sessioni periodiche di autovalutazione da parte dei servizi per mappare i fattori di promozione della salute attivi nelle loro strutture. Emerge una visione condivisa da parte del personale sulle priorità di intervento per il miglioramento. Il fatto che si tratti di autovalutazione e non di valutazione da parte di esterni, conferisce allo strumento un valore formativo e di crescita del team, poiché oltre a favorire la collaborazione su temi comuni, potenzia la creatività organizzativa: dall'attesa passiva di interventi esterni si passa alla realizzazione attiva di soluzioni personalizzate. Ci si attende che gli standard incoraggino ad orientare la strategia dell'organizzazione verso le sfide globali del sistema sanitario convertendolo in un ambiente che promuove la salute. Gli standard sono progettati principalmente per stimolare processi di miglioramento continuo all'interno. L'obiettivo è quello di avviare il processo di miglioramento continuo in modo partecipato, considerandolo un processo di aggiornamento intrinseco all'attività.

¹⁰ Il ciclo *Plan Do Check Act* è stato originariamente concepito da Walter Shewhart negli anni '30 del secolo scorso, e più tardi adottato da W. Edwards Deming

Sistema dei curanti inteso come *setting*

Il concetto di *setting*/contesto è essenziale per la comprensione del sistema di relazioni e ricadute che si instaurano in base alla visione bio-psico-sociale della salute e del benessere nel sistema dell'assistenza sanitaria. Un tema molto noto in promozione della salute riguarda il fatto che la promozione della salute agisce in un contesto specifico oltre che nei confronti dell'individuo (Aguzzoli *et al.*, 2021).

Gli *healthy settings* (contesti salutari) usano il *setting based approach*, il quale implica un metodo olistico e multidisciplinare che integra l'azione salutogenica e i fattori di rischio. L'obiettivo è quello di massimizzare la prevenzione delle malattie attraverso un approccio di "sistema" che promuove la salutogenesi. Il *setting based approach* ha radici nella Carta di Ottawa (1986) per la promozione della salute. I principi chiave degli *healthy settings* includono la partecipazione della comunità, il partenariato, l'*empowerment* e l'equità.

La rete internazionale HPH traduce in pratica questo approccio e tramite un confronto costante tra i diversi paesi nel mondo, si occupa di fornire gli strumenti più aggiornati, condividere le esperienze di efficacia, i valori e i principi dell'integrazione culturale e scientifica per guidare i *setting* sanitari nella trasformazione richiesta.

Dimensioni degli standard di autovalutazione

Gli standard per la promozione della salute nel *setting* sanitario affrontano 5 macro dimensioni, definite come standard da raggiungere, creando una cornice di riferimento per monitorare i progetti di miglioramento.

I 5 standard sono:

- Standard 1: Dimostrare l'impegno organizzativo per HPH;
- Standard 2: Garantire l'accesso ai servizi;
- Standard 3: Migliorare l'assistenza sanitaria centrata sulla persona e il coinvolgimento dei cittadini che afferiscono ai servizi;
- Standard 4: Creare un posto di lavoro sano e un ambiente salutogenico;
- Standard 5: Promuovere la salute nella società.

Curare l'ambiente in cui i curanti agiscono significa, quindi, perseguire non solo l'obiettivo del quarto standard, ma anche gli obiettivi strettamente correlati alla promozione della salute dei pazienti e della stessa organizzazione intesa come "organismo vivente" che ha forti ripercussioni sul benessere percepito dai curanti. Tale prospettiva ha una significativa valenza dal punto di vista bio-psico-sociale in quanto rinvia a una reciprocità tra i diversi livelli: il livello macro dell'alta direzione, quello della leadership intermedia che guida le strutture operative e quello individuale.

È evidente che la massima rappresentazione del fattore di protezione in un *setting* sanitario è data quando tutti e tre i livelli raggiungono la conformità agli standard. Al riguardo va sottolineato che il percorso deve essere considerato secondo la logica del Ciclo di Deming Schewhart di miglioramento continuo della qualità che rende protagonisti i curanti nella lettura dei bisogni e nella ricerca di soluzioni (Best & Nehauser, 2006).

Sperimentazione dello strumento di autovalutazione in un contesto formativo

La sperimentazione dello strumento di autovalutazione è stata condotta coinvolgendo un gruppo di studenti del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata nell'ambito di un progetto di RAP condotto dalla Cattedra di Antropologia medica.

La RAP ha proposto l'analisi di alcuni criteri previsti dallo standard 4: *Creare un posto di lavoro sano e un ambiente salutogenico*.

Da anni il tema del benessere negli ospedali e nei servizi sanitari viene discusso senza trovare una dimensione stabile, viste le sue molteplici sfaccettature che si intrecciano con iniziative spot, spesso senza ricadute operative stabili. Periodicamente le aziende sanitarie sono sollecitate ad aderire a indagini e sondaggi, con focus e strumenti diversi senza una regia integrata. I temi riguardano il clima organizzativo, la violenza, il mobbing, l'errore, il rischio, il disagio, il contrasto alle discriminazioni. Ciò determina un lavoro per silos non comunicanti che produce dispersione di risorse e sovrapposizione tra gli elementi in analisi. Il tutto "irrita" il personale stanco di non avere risposte e nel tempo, allontana gli stessi da questi strumenti, aumentando la distanza e la sfiducia nei confronti dei decisori. Un ulteriore problema è la raccolta dei dati che non si trasforma in piani di miglioramento reali. Se tali sondaggi non sono discussi e connessi con le iniziative aziendali preesistenti, ossia con un'architettura in grado di garantire le risorse per la messa in atto dei miglioramenti richiesti, i diversi silos producono sterili report che poco hanno a che fare con la realtà. Trascurare il tema del benessere, per agire solo quando esso è perduto o delegare a momenti spot la sua valorizzazione, o addirittura delegarne gli aspetti di valutazione come se fosse qualcosa di non appartenente alla struttura intrinseca del lavoro assistenziale, è un grosso errore metodologico. Attivare una regia sul Benessere nei termini di promozione della salute è, quindi, quanto mai urgente. Il benessere va allenato in parallelo con la capacità di riconoscere segni e sintomi del suo squilibrio, prima che questo sia compromesso, o per essere rapidi a recuperarlo quando ciò accade in modo imprevedibile (Aguzzoli *et al.*, 2021)

Metodologia della RAP

La metodologia della RAP è stata sperimentata a partire dagli anni '80 del secolo scorso all'interno di progetti di sviluppo e promozione sociale nei paesi in via di sviluppo. Il Principio base della RAP è che uno sviluppo concreto e durevole verso il superamento del disagio sociale percepito non può essere dettato dall'esterno; esso presuppone che siano gli stessi individui interessati ad elaborare gli orientamenti del proprio sviluppo (Colombo *et al.*, 2009). Tale metodologia trova sviluppi fecondi anche nei contesti sociosanitari. La RAP si basa sull'utilizzo della ricerca socio antropologica quale strumento di produzione di conoscenza e autoconsapevolezza ai diversi soggetti interagenti coinvolti, anche attraverso tecniche partecipative. Attraverso tale empowerment conoscitivo gli individui in campo maturano maggiore interesse e motivazione al miglioramento della situazione. Essi sono così in grado di avviare tra loro e con l'organizzazione più in generale un dialogo costruttivo e superare le eventuali difficoltà esistenti innescando iniziative concertate di sviluppo e promozione del benessere.

A livello metodologico nella RAP sono distinguibili tre livelli di azione:

- 1) il livello conoscitivo i cui soggetti dominanti sono i ricercatori;
- 2) il livello di azione dove il soggetto è la popolazione target;

- 3) il livello di intervento dove i soggetti sono coloro che forniscono le competenze e le prestazioni tecniche (in questo caso i servizi e gli operatori socio-sanitari).

Vale la pena rilevare come nel caso specifico della sperimentazione di un campione di standard HPH proposta agli studenti del Corso di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata di cui si presentano i risultati, tale metodologia ha stimolato nei partecipanti una riflessione sui problemi organizzativi nei propri contesti assistenziali e sulle possibilità di miglioramento della qualità dei servizi in termini di promozione della salute. La promozione della salute che, giova ribadire, deve essere parte integrante del processo sanitario, è la *conditio sine qua non* per migliorare la condizione di lavoro degli operatori sanitari (in questo caso gli studenti). A tal fine l'elaborazione di strategie di sviluppo endogeno, che parte anzitutto dai diretti interessati, innesca processi di autosviluppo che si ripercuotono positivamente sull'intera organizzazione sanitaria (Colombo *et al.*, 2008). Tornando ai tre livelli di cui sopra è da notare come essi siano strettamente interconnessi, ma il terzo livello di azione è quello decisionale in cui vengono forniti dai ricercatori gli orientamenti per promuovere salute. Ciascun operatore rispetto al proprio contesto assistenziale rappresenta, dunque, il soggetto decisionale dominante, non l'unico s'intende in quanto interagisce con gli altri operatori, ma che è in grado di innescare processi autodeterminativi.

Nel nostro caso, visto che si è trattato di un percorso prettamente formativo, gli studenti hanno immaginato di essere coordinatori del comitato multidisciplinare della propria struttura di appartenenza e di avere accesso ai dati richiesti tramite il proprio team.

È opportuno premettere che in generale per la valutazione degli standard possono essere utilizzate tre principali fonti di dati:

- *sistemi informativi di routine*: i sistemi informativi di routine possono registrare informazioni utili alla valutazione di alcuni standard di promozione della salute. I dati disponibili da fonti di routine, se disponibili, dovrebbero essere utilizzati nell'ambito dell'autovalutazione per ridurre il carico di lavoro della raccolta dei dati. Tuttavia, il tipo di informazioni contenute in tali banche dati potrebbe non essere sufficientemente specifico ai fini della valutazione delle problematiche relative alla promozione della salute.
- *sondaggi*: le indagini devono essere eseguite per una serie di elementi misurabili. Può trattarsi di un sondaggio sull'esperienza dei pazienti o dei membri del personale.
- *procedure di Audit*: per alcuni elementi misurabili è richiesto un Audit delle cartelle cliniche dei pazienti. Seguendo la prassi consolidata, si raccomanda di scegliere casualmente 50 cartelle di pazienti dimessi per effettuare la valutazione. L'Audit dovrebbe essere condotto da un gruppo interdisciplinare di professionisti con una buona conoscenza delle routine di documentazione del servizio. Il termine "cartelle dei pazienti" riflette vari documenti (cartelle mediche, cartelle infermieristiche, note del terapeuta e del dietologo ecc.) che devono essere presi in considerazione durante la valutazione.

Poiché si tratta di standard e indicatori prevalentemente qualitativi, l'interpretazione dei risultati può essere inficiata dalla soggettività dei partecipanti all'autovalutazione. Per cercare di ridurre al minimo tale *bias* il manuale degli standard propone alcuni tipi di confronto utili a registrare il trend di miglioramento a prescindere dalla soggettività:

- 1) confronto interno nel tempo (confronto della valutazione prima e dopo gli sforzi di miglioramento della qualità);
- 2) confronto esterno con provider simili (es. Gruppo di pari) in un singolo momento o nel tempo;
- 3) standard prescrittivi (es. obiettivi fissati dai piani sanitari regionali).

Nella nostra sperimentazione, l'obiettivo non era tanto una rilevazione puntuale della realtà nelle strutture dei partecipanti, attività che necessita di una sperimentazione articolata in tempi più lunghi, quanto quello di far conoscere lo strumento e l'applicabilità dello stesso. Pertanto, non sono stati applicati i tre livelli di confronto di cui sopra destinati ad una valutazione reale, ma ai partecipanti è stato chiesto di analizzare alcuni standard e di provare ad applicarli nelle proprie realtà sanitarie compilando le schede proposte, restituendo le stesse in un arco di tempo di 20 giorni.

Per una miglior comprensione del compito affidato, si riportano le dichiarazioni standard oggetto di autovalutazione da parte dei partecipanti, selezionate nell'ambito delle aree specifiche dell'accettabilità socioculturale e dei bisogni di salute, coinvolgimento e promozione della salute del personale:

- 1) la nostra organizzazione dimostra consapevolezza e rispetto per i valori, le esigenze e le preferenze dei diversi gruppi all'interno della comunità;
- 2) la nostra organizzazione offre valutazioni periodiche delle esigenze del personale e delle offerte sanitarie in termini di promozione della salute in materia di tabacco, alcol, alimentazione/nutrizione, inattività e stress psicosociale;
- 3) durante periodi eccezionalmente impegnativi, queste valutazioni delle esigenze sanitarie sono utilizzate per identificare tempestivamente possibili richieste di supporto;
- 4) la nostra organizzazione sviluppa e mantiene la consapevolezza del personale sulle questioni relative alla salute;
- 5) la nostra organizzazione sviluppa percorsi assistenziali che coinvolgono teams multidisciplinari, ove necessario;
- 6) la nostra organizzazione realizza un posto di lavoro che promuove la salute, con particolare attenzione agli aspetti psicosociali dell'ambiente di lavoro.

Tali dichiarazioni standard fanno parte dello "Strumento di Autovalutazione per l'implementazione degli Standard 2020 per gli Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono la salute" (HPHNET, 2020).

La discussione dei risultati in plenaria ha permesso di avere un quadro delle aree di criticità e di quelle suscettibili di miglioramento.

Risultati

Alla sperimentazione hanno partecipato 49 studenti operatori sanitari del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata¹¹.

La sperimentazione è stata preceduta da una giornata formativa nella quale sono stati illustrati i principi e valori di riferimento della promozione della salute nei *setting* sanitari. Un primo risultato ottenuto è stato quello di costruire insieme ai discenti la consapevolezza della necessità di una visione sistemica per leggere i bisogni dei pazienti, dei *caregiver* e degli operatori nell'ambito dell'organizzazione in cui il processo di cura si articola.

La diversa composizione e grado di responsabilità dei discenti (alcuni semplicemente studenti, altri già con una professionalità consolidata o addirittura coordinatori di struttura) ha enfatizzato le potenzialità dello strumento che può essere utilizzato per far emergere la molteplicità delle aree suscettibili di miglioramento.

¹¹ Si ringraziano gli studenti del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata anno accademico 2022-2023.

Complessivamente l'analisi dei risultati, tenuto conto del tempo concesso per l'autovalutazione e della selezione parziale solo di alcuni standard, mostra una positiva percezione dei servizi offerti dall'azienda relativamente alla promozione della salute e di comportamenti e stili di vita sani.

Dall'analisi delle risposte aperte il campione sottolinea la necessità di garantire, periodicamente, percorsi che prevedano valutazioni sullo stato di salute affinché tutti gli operatori possano essere informati sulle corrette abitudini da seguire.

Per quanto riguarda l'organizzazione sono presenti spazi riservati al personale per socializzare, ma non sono previsti ambienti comuni per i pazienti e per i visitatori. Potrebbe essere utile implementare questi spazi e introdurre di nuovi dedicati per es. all'esercizio fisico, al relax per gli operatori, ovvero luoghi di "decompressione" per alleviare il carico di stress.

Sarebbe utile svolgere delle campagne di promozione di un'alimentazione sana da erogare tramite le mense e i distributori automatici interni alle varie sedi del contesto sanitario.

Per quanto riguarda l'offerta dei servizi ai cittadini stranieri di diversa cultura, l'organizzazione potrebbe semplificare ancora di più il linguaggio per renderlo più vicino alle popolazioni emarginate o svantaggiate e semplificare ulteriormente i percorsi di accesso. Questo aspetto non solo rende più accessibili le strutture assistenziali, ma mette in grado gli operatori di migliorare la relazione con gli assistiti, elemento chiave nel benessere reciproco.

Conclusioni

In conclusione la sperimentazione dello strumento evidenzia la facilità nella comprensione e utilizzo dello stesso, in grado di leggere la complessità della promozione della salute nel *setting* sanitario secondo l'approccio bio-psico-sociale.

Dalle testimonianze dei discenti emerge un corale richiamo alla necessità di mantenere il benessere fisico e psicologico degli operatori, in maniera costante e stabile, attraverso la costruzione di ambienti e relazioni di lavoro salutogenici. Tali investimenti incidono positivamente sul miglioramento della qualità della vita dei curanti e indirettamente sulle prestazioni offerte dal sistema di cura. Le condizioni emotive dell'ambiente in cui si lavora, l'esistenza di un clima organizzativo che stimoli la promozione della salute, ma anche della creatività e l'apprendimento, oltre che la sicurezza degli ambienti di lavoro, costituiscono elementi di fondamentale importanza ai fini dello sviluppo e dell'efficienza delle aziende sanitarie. Per migliorare le prestazioni è importante offrire agli operatori la possibilità di lavorare in contesti organizzativi che favoriscano gli scambi, le relazioni in ambienti dove esiste un'adeguata attenzione agli spazi architettonici, ai rapporti tra le persone e allo sviluppo professionale. Si tratta di creare specifiche condizioni che possano incidere sul miglioramento del sistema sociale interno, delle relazioni interpersonali e, in generale, della cultura organizzativa.

Bibliografia

Aguzzoli C, De Santi A, Geraci A (Ed). *Benessere e gestione dello stress secondo il modello bio-psico-sociale: focus su scuola, università e sanità*. Roma, Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporti ISTISAN 21/4).

Best M, Neuhauser D, Walter A, Shewhart, 1924, and the Hawthorne factory. *Qual Saf Health Care*. 2006 Apr;15(2):142-3. doi: 10.1136/qshc.2006.018093. P

Colombo M, Senatore A, Castellini F. Sviluppi della ricerca azione: dall'action research lewiniana alla ricerca azione partecipata (PAR). In: Colucci FP, Colombo M, Montali L (Ed.). *La ricerca intervento: prospettive e ambiti e applicazioni*. Bologna: Il Mulino Prismi; 2009. p. 61-94.

HPHNET (Rete internazionale degli Ospedali e dei Servizi Sanitari che promuovono la salute). *Standard 2020 per Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono la salute*. Amburgo: Rete HPH internazionale; Dicembre, 2020.

INDICAZIONI E STIMOLI DI APPROFONDIMENTO PER VALUTARE LO STRESS CRONICO DEL PERSONALE SANITARIO

Anna De Santi (a), Michela Rimondini (b), Paola Marina Risi (c)

(a) Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università degli Studi di Verona

(c) Centro Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia "Cure integrate", Roma

La crescente sensibilità all'emergenza dello stato di malessere degli operatori sanitari ha prodotto negli anni una notevole quantità di strumenti psicometrici per la valutazione del *burnout*: questionari validati, ma non necessariamente rivolti all'ambito della professione di cura.

I criteri ispiratori di questi strumenti sono sicuramente ineccepibili e possono essere riassunti in estrema sintesi nella ricerca delle fonti e di effetti dello stress e della variabilità individuale di risposta allo stress nell'ambiente di lavoro.

Non è certo tema di questo rapporto elencarli tutti, ma vorremmo evidenziarne alcune criticità:

– *Stress lavoro-correlato*

Il carico allostatico di una persona è dovuto ad una stratificazione di stimoli stressogeni. La valutazione dello stress a cui siamo sottoposti richiede una visione globale dell'individuo, sia nel suo presente (lavoro, relazioni affettive, rete sociale, cultura, stili di vita, stato socioeconomico, ambiente domestico) che nella sua storia di vita fin dalla nascita (genetica, stili di attaccamento, educazione, stato socio economico familiare). Lo stress del lavoro può essere percepito in modo completamente diverso se possiamo godere di un buon supporto sociale piuttosto che vivere una vita fuori dal lavoro priva di gratificazioni. La percezione soggettiva non è un valore trascurabile, è il cuore del nostro discorso, perché è proprio la nostra soglia di percezione della minaccia che determina la matrice di risposta allo stress con il suo correlato implicito di esitare in patologia. Ed è fondamentale comprendere che valutare solo le eventuali problematiche dell'ambiente di lavoro ci restituisce una visione incompleta, e quindi distorta, dello stato di benessere o malessere della persona. Inoltre, rischia di deresponsabilizzare i lavoratori dalla partecipazione attiva alla promozione della propria salute fisica e psichica e alla prevenzione delle malattie; quindi rischia di renderli impotenti e frustrati.

– *Resilienza*

La capacità di sapersi ben adattare nel fronteggiare le avversità si fonda sull'equilibrio di fattori biologi e psicologici; non è un tratto di carattere a sé stante, non è una questione di coraggio o di superiorità intellettuale: è una capacità innata di ogni essere umano, ma con delle differenti soglie di rottura, in base agli stimoli a cui siamo stati sottoposti. Per valutare lo stress cronico del curante dobbiamo includere gli elementi che promuovono la resilienza, soprattutto per comprendere come conservarla oppure come ripristinarla. I sistemi fondamentali su cui si basa la resilienza sono il sistema limbico cerebrale, l'intestino e il sistema immunitario; quando queste "stazioni" sono in squilibrio (per scorretti stili di vita, alterazione dei ritmi biologici, rimuginazione e ostilità) l'adattamento è sempre più affannoso e genera sintomi, sindromi e patologie.

– *Peculiarità del setting di assistenza sanitaria*

Il mestiere della cura possiede delle valenze peculiari: si tratta di incontrare quotidianamente il dolore e la paura dei pazienti e delle loro famiglie. E già questa premessa richiederebbe una formazione umanistica e filosofica un po' più congrua durante il percorso accademico, ma ci sono altri elementi specifici: un terapeuta in buona salute trasmette un messaggio implicito di benessere al paziente, possiamo dire che è un buon *testimonial*; la pratica della cura ha anche una forte valenza pedagogica, vengono veicolate preziose informazioni per la promozione della salute, per gestire al meglio la malattia e l'aderenza alla terapia.

Nell'ambito del ciclo di webinar "La cura dei curanti", nel corso del terzo incontro ("Cura di sé per curare gli altri", marzo 2023) è stata sollecitata una riflessione tra i partecipanti sulla necessità di approcciare il tema del benessere su un doppio piano:

1. sistemico (con azioni che coinvolgano il sistema di cura in generale);
2. individuale (attraverso azioni di automonitoraggio e miglioramento della propria capacità di gestione dello stress).

In merito a questa seconda dimensione, allo scopo di favorire un coinvolgimento attivo da parte dei partecipanti e consolidare in loro una visione integrata delle componenti sociali, psicologiche e biologiche abbiamo proposto la compilazione di una serie di questionari che indagano per l'appunto queste tre dimensioni:

1. *Questionario sul benessere* di Carol Ryff (*Psychological Well-Being*, PWB), in grado di misurare sei dimensioni del benessere: autoaccettazione, relazioni positive, autonomia, controllo ambientale, crescita personale, scopo nella vita.
2. *Misurazione della resilienza* sulla base della *Resilience Scale* (la *Connor-Davidson Resilience Scale*, CD-RISC) (2003), costituita da cinque fattori: competenza personale e tecnica, self-confidence e gestione delle emozioni negative, accettazione positiva del cambiamento e relazioni sicure, controllo, influenze spirituali.
3. *Autovalutazione dei Medically Unexplained Symptoms* (MUS). Sono sintomi identificati come dolori aspecifici, articolari e/o muscolari talvolta migranti, stanchezza cronica, vertigini e nausea, disturbi del sonno (insonnia, risvegli notturni o ipersonnia), sudorazione durante il sonno, disturbi dell'appetito, colon irritabile e disturbi digestivi, stipsi o diarrea, disturbi del tono dell'umore, depressione, attacchi di panico, perdita di memoria a breve termine, difficoltà di concentrazione, pensieri ricorrenti o costante preoccupazione, aritmie o tachicardia, rapida perdita di peso, senza cause obiettive riscontrabili.

Le proposte formative del gruppo multidisciplinare "Cura dei Curanti" si basano su una attenta analisi dei bisogni e delle esigenze formative dei centri di cura o di gruppi di operatori e operatrici sanitari e sono finalizzate a sensibilizzare sulla tematica del benessere lavorativo e fornire strumenti atti a garantirlo.

Bibliografia

- Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
- Ryff CD. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychother Psychosom*. 2014; 83(1):10-28.
- Selye H. Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*. 1950;1(4667):1383-92.
- Tsigos C, Stefanaki C, Lambrou GI, Boschiero D, Chrousos GP. Stress and inflammatory biomarkers and symptoms are associated with bioimpedance measures. *Eur J Clin Invest*. 2015;Feb;45(2):126-34.

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di gennaio 2024*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, marzo 2024