

# Il legame vitale tra comportamento professionale e benessere del professionista della cura<sup>1</sup>

Carla Benaglio<sup>1</sup>, Lucia Zannini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad del Desarrollo, Santiago (CL), <sup>2</sup>Università degli studi di Milano – La Statale

**Abstract:** Il comportamento professionale (*professionalism*) comprende l'agire con la persona malata e nell'ambiente di lavoro. Esso riflette un codice di comportamento e valori come l'altruismo, l'umanizzazione e la comprensione culturale. Si concretizza in un insieme di abilità, conoscenze e comportamenti che sono volti a proteggere, rispettare e assistere al meglio chi è in una condizione di fragilità. La capacità di cure è centrale nel *professionalism* e il suo *core value* si articola nel rispetto, l'empatia, l'onestà, l'etica della cura. La letteratura suggerisce che il *professionalism* non è qualcosa di statico; può subire una significativa "erosione" influenzata da vari fattori personali e professionali. Il benessere degli operatori sanitari ha un forte impatto sul loro comportamento, che a sua volta influisce sulla probabilità di malpractice, sul potenziale di errori e sulla loro capacità di collaborare efficacemente con i membri del team. Per affrontare questo problema, è utile l'implementazione di percorsi basati sulle *medical humanities* e la medicina narrativa. Questi percorsi possono favorire la riflessione su di sé dei professionisti, migliorando così il loro benessere e sostenendo lo sviluppo e il mantenimento del *professionalism*.

**Keywords:** *comportamento professionale, benessere, cura di sé, professionisti sanitari, medicina narrativa*

**Abstract:** Professionalism encompasses interactions with patients and conduct within the workplace. It reflects a code of ethics and values, including altruism, humanization, and cultural understanding. Professionalism is embodied in a combination of skills, knowledge, and behaviors aimed at protecting, respecting, and assisting individuals in a vulnerable situation. Central to professionalism is the ability to care, with its core values articulated as respect, empathy, honesty, and the ethics of care. Literature suggests that professionalism is not a static trait; it can undergo significant "erosion" influenced by various personal and professional factors. The wellbeing of health professionals greatly impacts their behavior, which in turn affects the likelihood of malpractice, the potential for errors, and their ability to collaborate effectively with team members. To address this, the implementation of educational programs that incorporate medical humanities and narrative medicine can be useful. These programs can foster self-reflection among professionals, thereby enhancing their wellbeing and supporting the development and maintenance of professionalism.

**Keywords:** *Professionalism, wellbeing, self-care, health professionals, narrative medicine*

---

<sup>1</sup> Il contributo è frutto di un lavoro congiunto tra le autrici, che ne hanno discusso insieme ogni sua parte. Ai soli fini concorsuali si specifica che C. Benaglio ha scritto il primo e il terzo paragrafo e le Conclusioni, mentre L. Zannini ha scritto il secondo e il quarto paragrafo

## **Il *professionalism* nei contesti sanitari**

Vi sono temi che in sé racchiudono una forte complessità, sui quali è molto difficile discutere, in quanto possono mettere in luce una certa vulnerabilità delle persone coinvolte. Uno di questi è il comportamento professionale, in inglese *professionalism*.

Nei contesti sanitari, il comportamento professionale rappresenta un tema altamente dibattuto a livello internazionale; non vi è un'unica definizione di esso, anche nell'ambito di una stessa professione; inoltre, il *professionalism* può assumere diversi significati in base al contesto culturale e sociale (Castellani et al., 2006). Sebbene il *professionalism* sia un tema vasto e su cui è difficile fare sintesi, crediamo sia doveroso occuparsene, soprattutto in ambito sanitario, in quanto il comportamento professionale è legato a doppio filo alla cura; esso riguarda, infatti, tra le altre cose, - come appena detto - i valori che sottendono l'agire professionale, in particolare l'etica della cura. È un costrutto che è sempre stato messo in risalto e posto al centro del dibattito sul comportamento auspicabile dei professionisti della salute, ma che tuttavia è difficile da definire in modo oggettivo e univoco, in quanto si esprime attraverso i comportamenti, atteggiamenti e valori. Tutti i professionisti della salute, d'altro canto, hanno un senso soggettivo di cosa significhi avere un "comportamento professionale"; tuttavia, essi non ricevono una formazione mirata su questo aspetto cruciale. Inoltre, si potrebbe dire che il *professionalism* si riconosce quando si manifesta, soprattutto in comportamenti negativi, "poco professionali", appunto. Per cercare di definire il *professionalism* in positivo, possiamo ricorrere alla definizione di Epstein (2002) di competenza professionale medica, intesa come "l'uso abituale e sapiente della comunicazione, della conoscenza, delle competenze tecniche, del ragionamento clinico, delle emozioni, dei valori e della riflessione nella pratica quotidiana a beneficio dell'individuo e della comunità" (Epstein, 2002, p.227).

In ambito medico, fin dal giuramento Ippocratico, e in tutte le successive edizioni, sino ad arrivare ai codici internazionali di etica medica, la cura della relazione con la persona emerge come concetto cardine del *professionalism* (Di Cioccio, 2002). Tuttavia, nel tempo, nella pratica medica questa forte relazione tra i valori umani e la scienza ha subito un progressivo deterioramento, tanto che negli Anni Settanta inizia un movimento, che si sviluppa in un contesto religioso, promosso da Edmund Pellegrino, che nel 1979 pubblica il libro *Humanism and the Physician*.

L'interesse per il *professionalism* vero e proprio sembra concretizzarsi negli Anni Ottanta, quando si formano le organizzazioni sanitarie e i sistemi di salute privati (Brennan et al., 2014). Da molto prima, tuttavia, tutti i professionisti della salute avevano sviluppato un senso di cosa significasse avere un "buon" comportamento professionale. Per esempio, per i medici, essere un buon clinico significava agire in "scienza e coscienza". Secondo questo concetto, «il sapere e i valori del medico non potevano essere messi in discussione da chi non condivide[va] la stessa 'missione' professionale» (Spinsanti, 2000, p. 16). Una formula oggi considerata superata. La medicina basata sulle evidenze, infatti, ha reso più oggettivabile e controllabile l'effettivo agire "in scienza" dei medici, e non solo. Come dice Spinsanti (2020), «l'accordo con la scienza non si può presumere, ma va dimostrato» (ibidem). Per quanto riguarda la "coscienza" del medico, si è osservato un ancor più rapido declino dell'autoreferenzialità. Nei casi estremi, è stato addirittura messo in discussione che le scelte mediche "in coscienza" siano orientate prioritariamente al beneficio del paziente. Questo ha eroso la fiducia nella capacità del medico di prendere decisioni cliniche senza essere influenzato da conflitti di interesse, anche rilevanti (ibidem). Oggigiorno, si preferisce parlare di "agire secondo un comportamento professionale".

In generale, cercando di definire il *professionalism* in positivo, possiamo dire che esso fa riferimento in particolare all'etica professionale, ossia ai principi che stanno alla base della professione di un operatore sanitario; si relaziona anche all'impegno che i professionisti della salute assumono con il paziente, le istituzioni sanitarie e le comunità. Si riferisce a un codice di comportamento e a valori come l'altruismo, l'umanizzazione e la comprensione culturale (Ludwig, 2014). È stato segnalato, inoltre, che la competenza professionale dipende altresì da alcune capacità, tra cui attenzione, curiosità critica, consapevolezza di sé e presenza. Il *professionalism*, poi, è un comportamento che si sviluppa nel tempo, non è stabile e dipende dal contesto (Epstein, 2002).

In ambito infermieristico, sin dalla nascita del nursing, grazie a Florence Nightingale (Riegel et al. 2021), è cruciale la centralità della persona di cui l'infermiera/e si assume la responsabilità. In questo contesto, si considera il comportamento professionale come, secondo la definizione dell'American Nurses Association (2017), «fornire un'assistenza di alta qualità ai pazienti, sostenendo i valori di responsabilità, rispetto e integrità» (American Nurses Association, 2017, p. 5).

In realtà, una definizione non è sufficiente per interpretare, orientare e descrivere il *professionalism*. Per questo, una buona pratica di caring viene definita attraverso standard e si manifesta e si misura attraverso protocolli, check list e questionari ben definiti. Questi standard sono indicati, pure nel nursing, dalla ricerca scientifica: anche per questo motivo, l'agire professionale è sempre costituito da un mix di conoscenze, atteggiamenti, abilità relazionali, valori come il rispetto, l'empatia, la sensibilità verso chi è in situazione di fragilità.

Proprio perché il *professionalism* si concretizza attraverso i comportamenti in un contesto specifico, sono necessari indicatori peculiari per valutarlo; la ricerca evidenzia che, nonostante gli sforzi dei vari stakeholders, il comportamento poco professionale, in uno stesso contesto, possa variare da modesto a grave (Sattar et al., 2023). È dimostrato inoltre come, durante il percorso di studi, diminuisca in genere l'empatia dello studente, in particolare quando aumenta il tempo di esposizione all'ambiente clinico (Neumann et al., 2014).

Come si è visto, al cuore delle professioni della salute si dovrebbe trovare il desiderio di prendersi cura di una persona in una condizione di massima vulnerabilità e fragilità, di alleviare la sofferenza e di portare conforto, ciascuno con i propri strumenti professionali e responsabilità. Il venir meno di questo "movimento" verso l'altro impatta non solo sulla qualità della relazione, con una diminuzione dell'empatia (Hojat et al., 2011), ma va anche contro la vocazione e, quindi, a discapito del benessere del professionista, che si trova dissociato tra il fare (sostenuto da protocolli e check list, tempi ridotti e orientati al contenere i costi) e l'essere (sostenuto dai valori e dalle virtù che sottendono l'agire professionale). Tutto questo, nel tempo, può contribuire alla profonda crisi che le professioni della salute, in particolare quella medica, stanno vivendo da molti anni, in relazione al comportamento professionale e al poter aderire ai valori che dovrebbero guidare e caratterizzare la professione.

## **Centralità della cura di sé nell'agire *professionale* delle professioni sanitarie**

Sin dalle origini, le professioni della salute hanno dovuto mettere al centro del loro agire il prendersi cura di un'altra persona in condizioni di fragilità. L'agire professionale, tuttavia, secondo molti, non può essere messo in pratica se il professionista non riesce a volgere lo sguardo anche a se stesso e alle proprie fragilità.

La cura di sé diventa quindi cruciale per poter assicurare all'altro una buona cura, in quanto «pratica necessaria per salvaguardare non solo chi-ha-cura ma anche chi-riceve-cura» (Mortari, 2006, p. 152). Da questi presupposti, nasce l'attenzione crescente rivolta alla cura di sé nel contesto sanitario negli ultimi decenni, soprattutto in epoca post pandemica. Questo è stato evidenziato anche in relazione a livelli di benessere sempre più bassi nei contesti sanitari e al crescente burnout, nonché all'aumento di problemi di salute mentale tra i professionisti sanitari, in particolare tra i medici in formazione (Dyrbye et al., 2006).

È dimostrato che il burnout e il malessere abbiano un forte impatto sull'outcome (risultato clinico) del paziente; infatti, chi si trova in una condizione di malessere commette più frequentemente errori e sperimenta una minor soddisfazione per il proprio lavoro (Feddock et al., 2007). Inoltre, la diminuzione dell'empatia (strettamente connessa al burnout) ha un impatto negativo sull'aderenza del paziente alla terapia e alle cure, come evidenziato in vari studi, ad esempio, sui pazienti diabetici (Hojat et al., 2011).

Tuttavia, l'attenzione rivolta al benessere e alla cura di sé da parte degli operatori sanitari è un fenomeno relativamente recente. Nella letteratura biomedica, e non solo (Bobbo, Ius, Rigoni, 2024), il self-care è un costrutto che nasce, si definisce e si sviluppa in relazione al paziente e alla sua educazione, ossia in riferimento a come educare il paziente affinché si prenda cura di sé e della propria salute.

Riguardo ai professionisti della salute, si è visto come in epoca pre-pandemica non vi fosse una cultura specifica del self-care. In particolare, tra i professionisti della cura si riscontrava una certa reticenza e vergogna nel considerarsi soggetti bisognosi di cura, nel riconoscere la necessità di chiedere

aiuto o di dichiarare di sentirsi depressi o ansiosi (Da Silva Junior et al., 2019). Si era cominciato a indagare e a discutere questo tema soprattutto tra i professionisti che operano in salute mentale, come psicoterapeuti, psichiatri e psicologici (Posluns et al., 2020). In questo contesto, la cura di sé è stata definita come l'abilità di «ricaricarsi e rinfrancarsi in modo sano» (Gentry, 2002, p. 48), includendo l'assunzione «di comportamenti che mantengono e promuovono il benessere fisico ed emotivo» (Myers et al., 2012, p. 56) e che «riducono la quantità di stress, ansia, o reazioni emotive che si sperimentano quando si lavora con le persone» (Williams et al. 2015, p. 322).

Il self-care, tuttavia, si riferisce non solo a un impegno con se stessi in varie pratiche (come l'attività fisica, una buona alimentazione, l'igiene del sonno, il tempo libero etc.), ma anche l'aver un "atteggiamento 'premuroso'" verso di sé. La cura di sé implica il prendere in considerazione i propri bisogni e fare uno sforzo consapevole nel cercare risorse per favorire la salute e il benessere (Colman et al., 2016).

Di fatto, in generale, la pratica di self-care si configura come una pratica "reattiva", ossia attuata quando si presentano già i sintomi di stress o eccessiva ansia, invece di essere considerata una misura preventiva e uno stile di vita (Ball, 2024). Si riscontra, infatti, una difficoltà, dovuta alla mancanza di una cultura e formazione specifica, a concedersi il "permesso" di occuparsi di sé; tale permesso viene spesso accettato soltanto in seguito a una diagnosi che segnala la compromissione della salute dell'operatore sanitario, la quale comporta l'assenza dal lavoro. Il professionista della salute non è abituato a chiedere aiuto o a parlare della propria vulnerabilità (Benaglio et al., 2021). Spesso vengono riportate come barriere per la cura di sé la mancanza di tempo, preoccupazioni riguardo la riservatezza o l'essere stigmatizzati e anche vincoli finanziari (Loy et al., 2024).

Eppure, essere consapevoli della propria vulnerabilità a problemi come l'ansia, lo stress, sino al burnout favorirebbe una comprensione profonda della propria professione e del lavoro di cura (Bitran et al., 2017). Quando i professionisti riconoscono le sfide quotidiane e il loro impatto, sono più propensi ad adottare comportamenti che possono diminuire gli effetti dello stress (Posluns et al., 2020).

Dunque, il self-care per i professionisti della salute è ancora un ambito poco esplorato, anche se, come già evidenziato, ha ricevuto maggiore attenzione durante l'epoca post pandemica (Pollock et al., 2020). Infatti, solo recentemente le istituzioni hanno riconosciuto l'importanza di prendersi cura della salute degli operatori sanitari. Tradizionalmente, le misure di auto-cura venivano considerate una responsabilità individuale, piuttosto che una necessità organizzativa. In questa direzione, sono stati attivati percorsi di mindfulness, all'interno delle istituzioni ospedaliere, o corsi di yoga e altre iniziative (Da Silva Junior et al., 2019); tuttavia, spesso ciò non si accompagna ad altre strategie di tipo organizzativo che sembrano avere un impatto maggiore sul benessere, come spazi per l'ascolto, miglioramenti nella gestione dei turni e maggiore partecipazione nei processi decisionali (Mayo, 2020; Lavoie-Tremblay et al., 2022).

Se si auspica di promuovere il benessere dei professionisti della cura il sistema formativo e i luoghi di lavoro dovranno sostenere metodologie e spazi che favoriscano dinamiche in cui quei professionisti possano sentirsi sicuri nel condividere le loro difficoltà e, in tal modo, crescere e stare bene all'interno di una comunità attenta e responsiva. È fondamentale evitare che l'attenzione al wellbeing e alla cura di sé diventi solo un indicatore da soddisfare per le agenzie di accreditamento, soprattutto nei contesti privati. Si tratta, innanzitutto, di un imperativo che riporta fortemente l'attenzione sulla necessità di mantenere un buon comportamento professionale, fondato sui valori che sostengono l'agire professionale e la vocazione al servizio e alla cura delle persone fragili.

## **Il comportamento professionale nelle esperienze critiche: riflessioni a partire dalla pandemia<sup>2</sup>**

Se già in fase pre-pandemia da Covid-19 i professionisti sanitari erano immersi in una realtà complessa, con elevati livelli di malessere e burnout (Taekman, 2017; Bitran et al., 2019), la situazione legata al Covid-19 ha ulteriormente peggiorato la salute mentale degli operatori (Hassamal et al., 2021; Barbosa et al., 2022). Il professionista della salute si è trovato in una situazione unica, caratterizzata da incertezza, ansia, angoscia e paura, in particolare per il rischio di contagio e l'alto livello di mortalità.

Durante la pandemia, la paura e l'impotenza sono diventate fenomeni collettivi: tutti si sono ritrovati immersi nella stessa situazione, provando emozioni simili, sebbene con ruoli diversi. Questo ha suscitato una forte empatia negli operatori, che hanno assistito al morire dei pazienti in solitudine, separati dai loro cari nel momento forse più difficile dell'esperienza umana, generando una forte compassione (Maffoni et al., 2022). In questa situazione, dove tutto è stato sovvertito e dove non è stato possibile agire le pratiche di cura, secondo le consuetudini e i protocolli, e dove spesso il paziente, nonostante le cure, moriva lo stesso, l'aver cura è entrato in profonda crisi. Laddove la cura sembrava aver perso la sua identità nei gesti e nelle azioni, la risposta alla crisi è stata un tentativo di ritorno all'essenza del caring, soprattutto nelle professioni infermieristiche (Bennett et al., 2020). Infatti, l'aver cura è diventato, nella fase pandemica, lo stare vicini (nei modi e nelle situazioni consentite), l'accompagnare nel percorso di malattia e del morire. In quelle circostanze, l'assistenza al paziente si è "allontanata" forzatamente dai protocolli, check list, indicatori di qualità (che negli ultimi anni avevano definito e caratterizzato l'assistenza), trasformandosi "nell'esserci", magari tra le lacrime nascoste dietro un viso segnato da una mascherina (Volpi, 2020).

Pertanto, non solo l'infermiere, ma anche il professionista sanitario in genere, ha ritrovato un senso della cura, dando valore a spazi "rubati", come uno sguardo, l'esserci, il pregare, interstizi dove poter agire "qualcosa" (Mortari et al., 2013). Nel tempo della pandemia, la cura è stata agita nel "qui e ora", in modo concreto, duro e difficile, tra lacrime, stanchezza, mancanza di risorse, nella malattia propria e dei propri cari, nella paura e sofferenza. Si è disvelato, in molti casi, l'esserci oblativo, la dimensione "donativa" del care senza l'attesa di un ritorno. È stato un "esserci divenuto dono" (Mortari, 2019).

In questo ritorno all'assistere come essere presenti, l'aver cura è diventato un antidoto al dolore morale: una piccola goccia di benessere in un oceano di sofferenza, trasformandosi in virtù, coraggio, presenza, rispetto e tornando così all'essenza del *professionalism* di tante professioni. In questa situazione estrema, è infatti spesso emerso un agire secondo virtù e, pertanto, un agire "etico" (Mortari, 2015). In un circolo virtuoso di bene, il gesto o il pensiero di *care* è diventato un'opportunità anche per stare meglio, per alleviare il proprio dolore: fare quello che si poteva diventava già un atto sofisticato di care, poiché il suo valore risiedeva in sé, non nell'outcome (ossia il risultato sul paziente, che spesso, purtroppo, decedeva). Il professionista, in questa situazione estrema, ha perso anche i confini di ruolo tra lo spazio personale e professionale: si è generato un unico grande spazio, un grande "contenitore" per tutto il dolore.

Siamo stati tutto per i nostri pazienti isolati, senza il supporto dei familiari. Sono diventato madre, padre, figlio, fratello, amico dei miei pazienti anche se solo per il mio turno di lavoro. L'assenza di un supporto esterno amico dentro i contesti di cura ha "esponenzializzato" le emozioni provate, una bella notizia era una festa, una brutta notizia una tragedia. Ci si è spinti, nel mio caso, oltre la professione, ho cercato di strappare sorrisi, di asciugare lacrime... Facevamo finta che tutto andasse per il meglio sempre; non le nascondo che il giorno in cui mi hanno inoculato la prima dose di vaccino, ho pianto. Mi sono sentito per un secondo libero, ho visto la luce in fondo all'oscurità.

(Infermiere, in Benaglio, 2024, p. 242).

---

<sup>2</sup> In questo paragrafo si riflette su alcuni risultati della ricerca della tesi di dottorato di Carla Benaglio (Tutor: Luigina Mortari) *Professionalism, care, self-care and COVID-19*, discussa presso l'Università degli Studi di Verona, nel maggio 2024. La ricerca, di tipo qualitativo, ha coinvolto 197 medici, 205 infermieri e 93 tra fisioterapisti, ostetriche, OSS e altri professionisti. I dati sono stati raccolti mediante narrazioni scritte e analizzati con metodo fenomenologico empirico (Mortari, 2023).

Grazie alla pandemia, c'è stata una riscoperta di un mondo di valori che spesso erano stati trascurati o che, piuttosto, non riuscivano a emergere nella routine quotidiana a causa delle molteplici esigenze, riportando i professionisti a contatto con la loro vocazione più profonda. È stato il riscoprire un'umanità condivisa, è stato il chiedersi in ogni momento "in che cosa consiste il bene e come fare bene" (Mortari, 2019, p. 41). La sofferenza morale, causata da molteplici fattori, come la mancanza di presidi e materiali e le difficoltà nel prendere decisioni, ha spinto il professionista a riflettere sulla propria vocazione, sul significato profondo del proprio lavoro e a riappropriarsi dei valori autentici dell'agire professionale, sia nei gesti sia nei pensieri.

Nel dolore collettivo, si è sviluppata una forte empatia e compassione per tutti: pazienti, colleghi, familiari, vicini di casa e anche per se stessi. Questo ha permesso di risignificare l'agire e forse a portare un poco di sollievo; il mantenere un buon comportamento professionale ha generato benessere in una situazione di estrema sofferenza e massima vulnerabilità. Paradossalmente, questo è diventato l'elemento più potente di self-care: l'accettazione della vulnerabilità condivisa. Il professionista della salute poteva finalmente mostrare le proprie emozioni e paure in un contesto che è abitualmente altamente gerarchico, esigente e dove solitamente non è possibile esprimere la sofferenza.

Vi è stato un ritorno a sé, come persona, nella forma più intima, e, al contempo, una connessione profonda con l'altro. Il professionista si è riscoperto come essere fragile in una vulnerabilità collettiva. Questo rappresenta anche un atto inusuale di self-care: si può andare avanti solo riconoscendosi non solo come professionista, ma anche come persona che è parte di una comunità sofferente. È solo attraverso una compartecipazione autentica che il condividere la propria vulnerabilità può, paradossalmente, diventare fonte di benessere. Quindi, il self-care da atto individuale e privato (tradizionalmente visto come un mandato per proteggere il paziente e definito come responsabilità individuale per ridurre il burnout) è diventato necessità collettiva, da agire in équipe multiprofessionale.

La pandemia ci ha insegnato che la cura del benessere del professionista non deve essere considerata solo come una risposta reattiva al rischio di burnout, spesso relegata a soluzioni semplificate e rapide, magari con brevi corsi di mindfulness (Cocchiara et al., 2019), ma deve essere attuata con progetti a lungo termine e di impatto significativo. Durante il periodo pandemico e post pandemico, i professionisti della salute, diventati più consapevoli della necessità di curare il proprio benessere, hanno richiesto azioni formative che aprissero spazi di riflessione e stimolassero conversazioni che dessero valore al dialogo attorno al difficile dell'agire professionale, come la vulnerabilità, l'esposizione alla sofferenza e la complessità del sistema della salute odierno.

Dai dati da noi raccolti durante il periodo pandemico (Benaglio, 2024) è emerso che si ritiene indispensabile che il professionista della salute prenda parte a un costante processo di formazione, non solo per certificare le competenze tecnico-scientifiche specifiche, ma anche per sviluppare competenze trasversali, come la flessibilità, la pianificazione, l'abilità di affrontare gli imprevisti e di gestire l'ansia che ne deriva. Ne scaturisce una grande necessità di investire nella formazione continua, che può essere vista anche – ma non solo, ovviamente – come una forma di cura per il/del professionista.

Oggi, in un contesto altamente complesso, il professionista della salute sempre più spesso richiede spazi di riflessione condivisa e guidata, come la possibilità di narrare i propri pensieri e la propria storia, e di lasciare traccia delle proprie esperienze (non solo per il proprio benessere e formazione, ma anche nell'ottica di formare altri). Condividere i momenti difficili in un contesto protetto, dove prevalgono il rispetto e l'ascolto, consente al professionista della salute di interrogarsi sulle domande essenziali legate all'essere umano, offrendo anche un'opportunità per una crescita etica (Mortari, 2019). Questi spazi protetti, riconosciuti dall'istituzione anche con tempo dedicato, possono produrre momenti di benessere e innescare una rinascita professionale, contribuendo a un ritorno alle situazioni difficili con un rinnovato senso di vitalità e di capacità di care. Questo permetterebbe anche di fornire la forza necessaria, soprattutto per chi è maggiormente esposto, per saper esserci e per non "fuggire" emotivamente davanti alla sofferenza e al morire (Lijoi et al., 2020).

## **Medicina narrativa e *medical humanities* per promuovere il benessere dei professionisti della cura**

Per allestire spazi, fisici e mentali, in cui i professionisti possano riflettere sul comportamento professionale, in particolare in una dimensione collettiva, rispettando la confidenzialità, è necessario progettare eventi formativi che siano generativi di un reale apprendimento, lavorando soprattutto sulle esperienze, i vissuti emotivi e cognitivi. Spazi che siano protetti e sicuri, in modo da poter approfondire la riflessione su quanto è più complesso e difficile nel lavoro di cura (Mortari, 2019).

A tal riguardo, le *medical humanities* e la medicina narrativa possono ricoprire un ruolo importante. Quest'ultima, nella definizione proposta da Rita Charon (2006), è una «medicina praticata con competenza narrativa, che consiste nella capacità di assorbire, interpretare e rispondere alle storie [di malattia]» lasciandosi coinvolgere da esse (tradotta in Zannini, 2008, p.65). La medicina narrativa nasce dalla crisi del modello biomedico; è un approccio al paziente finalizzato a prestare particolare attenzione alla sua storia di malattia (Charon, 2006), in modo da aumentare l'empatia e la capacità di relazione nelle pratiche di cura. Le *medical humanities* si riferiscono all'utilizzo delle scienze umane e di prodotti artistici nella formazione di base, post-base e permanente dei professionisti della cura. Questi prodotti sono testi (letterari, pittorici, filmici, autobiografici...) che devono essere analizzati e interpretati per sviluppare capacità di ascolto, empatia e comprensione del paziente e di se stessi (Zannini, 2008). Attraverso l'uso di testi letterari, filmici, artistici è possibile sviluppare riflessioni cliniche, etiche e filosofiche, ma anche storiche e letterarie, per ripensare l'esistenza umana nel contesto specifico della medicina moderna (Spinsanti, 1991; Spinsanti, 1993). Quando poi si utilizzano le *medical humanities* in gruppi interdisciplinari aumenta la coesione, le competenze interpersonali e la comunicazione, la cura per il paziente e il *professionalism* (Godwa et al., 2019; Lijoi et al., 2020).

Durante la pandemia, e nel periodo successivo, sono aumentati i percorsi formativi focalizzati sulla rielaborazione dei vissuti attraverso l'uso della narrazione e/o delle *medical humanities* (Loy, 2024). Ad esempio, la Columbia University ha attivato laboratori di medicina narrativa per i professionisti della salute, aperti a tutta la comunità, sotto la direzione scientifica di Rita Charon (2006). Questi laboratori, della durata di un'ora, sono strutturati in tre fasi. Nella prima parte, i partecipanti affrontano una lettura lenta e attenta (*slow e close reading*), riflettendo su un testo che può essere reale, come un'autobiografia su un'esperienza di malattia, oppure finzionale. Possono essere utilizzati anche altri tipi di materiali, come poesie, video o opere d'arte. La seconda parte prevede un esercizio di scrittura riflessiva (*reflective writing*) guidato da un prompt fornito dai formatori. Infine, i partecipanti possono condividere i loro scritti o riflessioni emerse. Il laboratorio è uno spazio strutturato, in cui il facilitatore promuove un ambiente di rispetto e ascolto. Gli organizzatori hanno pianificato un appuntamento al mese, in diverse lingue, e attualmente hanno mantenuto questo servizio alla comunità almeno in inglese e spagnolo.

In letteratura, si ritrovano molti esempi che seguono lo stesso schema del laboratorio della Columbia University, soprattutto rivolti a studenti di medicina e specializzandi. Dalle evidenze emerge l'efficacia di questi interventi quando sono inseriti a livello curricolare, soprattutto sul benessere della persona in formazione (Bajaj et al., 2023). In alcuni casi, questi corsi sono elettivi e ciò rende molto difficoltosa la valutazione del loro impatto sullo studente/professionista e, successivamente, sul paziente. Infatti, i partecipanti possono aver partecipato solo a una sessione dei corsi o, soprattutto, vi può essere un bias di autoselezione (partecipano i più motivati, quindi la valutazione è migliore). È sicuramente più agevole la valutazione degli effetti percepiti di questi corsi (Zannini, 2021). In una revisione della letteratura sulla percezione dell'efficacia di programmi di medicina narrativa (Remein et al., 2020), si evidenzia che l'88,3% dei partecipanti afferma che il programma, al quale hanno partecipato, ha avuto degli outcomes positivi, con un miglioramento in competenze, come quelle relazionali, l'empatia, la capacità riflessiva, la resilienza, la riduzione o maggior coscienza del burnout, la fiducia e la realizzazione personale. Altri studi evidenziano che partecipare a laboratori di medicina narrativa aumenta la capacità di caring, diminuisce lo stress, migliora la regolazione emotiva, facilita il processo di rielaborazione di un trauma o di un lutto e incoraggia il lavoro in team (Loy, 2024). Anche in Italia è iniziato un movimento promosso dalla Società Italiana di Medicina Narrativa, con la formazione di facilitatori che possono collaborare e attivare percorsi sostenuti dalla medicina narrativa. Recentemente, è stato

pubblicato il “Manifesto del facilitatore dei laboratori di medicina narrativa”, con l’obiettivo di unificare pratiche per la conduzione di eventi formativi e co-costruire comunità narrative con lo scopo di aprire spazi di riflessione sull’umanizzazione delle cure. Diverse Regioni e Ospedali stanno attivando progetti formativi che integrano la medicina narrativa e le *medical humanities* come percorsi per favorire la crescita personale, poter gestire meglio i conflitti e promuovere il benessere. Anche a livello accademico, stanno aumentando le offerte formative, come i master di primo e di secondo livello, che mirano a riportare l’umanizzazione delle cure, per esempio, il Master Interdipartimentale di I Livello in *medical humanities* e Narrazione in Medicina dell’Università degli Studi di Milano-Bicocca, con la forte intenzione di dare un contributo per cambiare il paradigma della cura, per poter affrontare in modo virtuoso le sfide che il sistema sanitario sta attualmente fronteggiando.

Siamo consapevoli che ci sono molteplici progetti a livello nazionale e internazionale: qui ci siamo limitate a citarne solo alcuni, a titolo di esempio. Tutte queste iniziative rivelano il proposito comune di iniziare e di favorire un cambiamento di paradigma in relazione alla formazione e al benessere di tutti negli ambienti di cura. Si può dire che il profondo malessere vissuto durante la pandemia abbia avuto un effetto di accelerazione in questo senso.

La medicina narrativa e le *medical humanities* offrono pertanto molteplici opportunità per aprire spazi di conversazione dove il risultato sperato è che il partecipante possa ritrovare il contatto con la propria vocazione e i valori che la sostengono (Huang, 2021). Spesso, in questi spazi, l’obiettivo non è ritrovare una risposta certa, ma il poter condividere diversi modi per affrontare problematiche simili che tutti i giorni i professionisti della salute fronteggiano, ritornando così all’azione di cura con lo spirito rinnovato.

## Conclusioni

Vi sono contesti, in particolare quelli di cura, caratterizzati da elevata complessità; l’ambiente clinico è contraddistinto da una forte tensione tra aspetti assistenziali, organizzativi, economici e di gestione. Al centro di questo contesto, si situa la cura della persona-paziente, con i professionisti impegnati a garantire il miglior risultato clinico, spesso trascurando le proprie necessità di cura come soggetti a loro volta bisognosi di *self-care*. Nel tempo, questa situazione ha portato a una dissociazione tra i bisogni dei professionisti, spesso sottoposti a ritmi di lavoro intensi, determinati da esigenze organizzative, e la missione istituzionale di mettere al primo posto i bisogni del paziente. Attualmente, il grande malessere che caratterizza il sistema della salute, in particolare i team professionali, obbliga a soffermarsi e a riflettere su queste dinamiche, in quanto esse hanno un forte impatto sul comportamento professionale e quindi sul risultato clinico e anche sulla salute degli stessi professionisti. Si è visto come il *professionalism* sia un costrutto complesso e non stabile, sensibile ai valori e alla cultura dell’ambiente, che si sostanzia in comportamenti, decisioni, azioni e relazioni. Inoltre, il *professionalism* non è una competenza che si acquisisce in un preciso momento, come la conoscenza o una abilità pratica, ma si sviluppa durante tutta la vita professionale; è un continuum che inizia dal primo contatto con l’ambiente universitario, soprattutto quello clinico, e che dovrebbe essere intenzionato e “custodito” attraverso percorsi di formazione continua (*lifelong learning*). Risente fortemente dello stato di benessere della persona, rivelando pertanto la complessità del tentativo di separare la vita personale da quella professionale, un elemento spesso centrale e critico nella formazione dei professionisti della salute.

Proprio perché il comportamento professionale è strettamente legato allo stato di salute e di benessere del professionista, è necessaria una riflessione da parte delle istituzioni formative e sanitarie per promuovere e integrare pratiche e ambienti che proteggano e sostengano quel professionista, anziché centrate esclusivamente sulla cura del paziente. Al cuore del *professionalism* delle diverse figure professionali si situa l’empatia, l’onestà, la compassione, la competenza riflessiva, la capacità di lavorare in team, valori che risentono fortemente dello stato di benessere, fisico e mentale degli operatori sanitari. Per sostenere i valori che sottendono l’agire professionale, dunque, i professionisti della cura hanno bisogno di percorsi formativi che, da un lato, approfondiscano i contenuti teorici relativi al benessere e dell’impatto di questo sul proprio comportamento professionale, e, dall’altro, che diano spazio alla riflessione sull’esperienza, guidata da formatori che sappiano creare un dispositivo educativo sensibile e aperto. La medicina narrativa e le *medical humanities* offrono opportunità di riflessione attorno ai

grandi temi che riguardano l'essere umano e l'umanità, e la possibilità di un ritorno alle abilità essenziali per poter instaurare una relazione empatica, che rappresenta il *core* del *professionalism*. La medicina narrativa, attraverso la pratica della scrittura, consente di ritornare all'esperienza e di dare valore alle emozioni che accompagnano decisioni e azioni difficili. Si apre quindi la necessità di creare spazi "buoni" laddove ritrovare l'energia vitale per affrontare la complessità della vita, come persona e come professionista, in un continuum dove ritrovare armonia e speranza.

È doveroso progettare percorsi che 'nutrano' i professionisti ben strutturati e orientati a promuovere un benessere autentico, fondato sull'essenziale, ossia finalizzati a coltivare una riflessione su cosa significhi il proprio progetto di vita in una comunità dove la cura rappresenta un valore condiviso.

Questo, crediamo, è un compito che non ha mai una conclusione definitiva e che dovrebbe essere al centro di una riflessione costante da parte degli esperti dedicati alla formazione delle professioni di cura.

## Bibliografia

- American Nurses Association. (2017). *Recognition of a nursing specialty, approval of a specialty nursing scope of practice statement, acknowledgment of specialty nursing standards of practice, and affirmation of focused practice competencies*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Bajaj, N., Phelan, J., McConnell, E., E., Reed, S., M. (2023). A narrative medicine intervention in pediatric residents led to sustained improvements in resident well-being, *Annals of Medicine*, 55(1): 849-859.
- Ball, L. (2024). Lifestyle medicine. *Australian Journal of General Practice*, 53(4): 165-166.
- Barbosa, M., M., Teixeira, L., P., C., Yanguas, J., Afonso, R., M. (2022). Caring and working during the Covid-19 pandemic: Perspective of Portuguese residential care facility workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10): 5963-5975.
- Benaglio, C., Maturana, A., Mortari, L., Riquelme, A. (2021) Professionalism and self-care in residents, how should we confront their training? *Andes Pediatrica*, 92(4):503-510.
- Benaglio, C. (2024) Professionalism, care, self-care e COVID-19. Tesi di PhD, <https://hdl.handle.net/11562/1124627>.
- Bennett, P., Noble, S., Johnston, S., Jones, D., & Hunter, R. (2020). COVID-19 confessions: A qualitative exploration of healthcare workers experiences of working with COVID-19. *BMJ Open*, 10(12), e043949.
- Bitran, M., González, M., Nitsche, P., Zúñiga, D., Riquelme, A. (2017). Preocupación por el bienestar de residentes, un tema presente en la conferencia latinoamericana en educación de residentes (LACRE). *Revista Médica de Chile*, 145(10), 1330–1335.
- Bobbo, N., Ius, M., Rigoni, P. (2024). Promoting Professional Wellbeing in an Emancipatory Perspective. A Research Training Experience Among Professionals Working with Vulnerable Children and their Families. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 1: 93-110.
- Brennan, M., D., Monson V. (2014). Professionalism: Good for patients and health care organizations. *Mayo Clin Proceedings*, 89(5):644-52.
- Castellani, B., Hafferty, F., W. (2006). *The Complexities of Medical Professionalism*. In: Wear D, Aultman JM, Editors. *Professionalism in Medicine*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine. Honouring the Stories of Illness*. New York, NY: Oxford University Press.
- Cocchiara, R. A., Peruzzo, M., Mannocci, A., Ottolenghi, L., Villari, P., Polimeni, A., Guerra, F., La Torre, G. (2019). The use of yoga to manage stress and burnout in healthcare workers: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3): 284-295.

- Colman, D., E., Echon, R., Lemay, M., McDonald, J., Smith, K., Spencer, J., Swift, J. (2016). The efficacy of self-care for graduate students in professional psychology: A meta-analysis. *Training and Education in Professional Psychology*, 10(4): 188-197.
- Da Silva Junior, E., Balsanelli, A., Neves, V. (2019). Care of the self in the daily living of nurses: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2): e20180668.
- Di Cioccio, L. (2002). *Il Giuramento di Ippocrate tra metodologia, storia e tradizione nella medicina del terzo millennio*. Casa Editrice Scientifica Internazionale.
- Dyrbye, L., N., Thomas, M., R., Shanafelt, T., D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4): 354-373.
- Epstein, R., M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287(2): 226-35.
- Feddock, C., A., Hoellein, A., R., Wilson, J., F., Caudill, T., S., Griffith, C., H. (2007). Do pressure and fatigue influence resident job performance? *Medical Teacher*, 29(5): 495-7.
- Gentry, J., E. (2002). Compassion fatigue. *Journal of Trauma Practice*, 1(3-4): 37-61.
- Gowda, D., Curran, T., Khedagi, A., Mangold, M., Jiwani, F., Desai, U., Charon, R., Balmer, D. (2019). Implementing an interprofessional narrative medicine program in academic clinics: Feasibility and program evaluation. *Perspective Medical Education*, (1): 52-59.
- Hassamal, S., Fanglong, D., Hassamal, S., Lee, C., Ogunyemi, D., Neeki, M. (2021). The psychological impact of Covid-19 on hospital staff. *West Journal Emergency Medicine*, 22(2): 346-352.
- Hojat, M., Louis, D., Z., Markham, F., W., Markham, F., W., Wender, R., Rabinowitz, C., Gonnella, J. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3): 359-364.
- Huang, C., D., Jenq, C., C., Liao, K., C., Lii, S., C., Huang, C., H., Wang, T., Y. (2021). How does narrative medicine impact medical trainees' learning of professionalism? A qualitative study. *BMC Medical Education*, 21(1): 391-399.
- Lavoie-Tremblay, M., Gélinas, C., Aubé, T., Tchouaket, E., Tremblay, D., Gagnon, M., & Côté, J. (2022). Influence of caring for COVID-19 patients on nurse's turnover, work satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Management*, 30(1): 33-43.
- Lijoi, A., Tovar, A., D. (2020). Narrative medicine: Re-engaging and re-energizing ourselves through story. *Internal Journal of Psychiatry Medicine*, 55(5): 321-330.
- Loy, M., Kowalsky, R. (2024). Narrative Medicine: The power of shared stories to enhance inclusive clinical care, clinician well-being, and medical education. *The Permanente Journal*, 28(2): 93-101.
- Ludwig, S. (2014). Domain of competence: Professionalism. *Academic Pediatrics*, 14(2): S66-S69.
- Ludwig, S. (2020). Professionalism. *Pediatric Review*, 41(5): 217-223.
- Maffoni, M., Sommovigo, V., Giardini, A., Velutti, L., Setti, I. (2022). Well-being and professional efficacy among health care professionals: The role of resilience through the mediation of ethical vision of patient care and the moderation of managerial support. *Evaluation & the Health Professions*, 45(4): 381-396.
- Mayo, A., T. (2020). Teamwork in a pandemic: Insights from management research. *BMJ Leader*, 4(2): 53-56.
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori.
- Mortari, L. (2015). *La filosofia della cura*. Milano: Raffaello Cortina.

- Mortari, L. (2019). *Aver cura di sé*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mortari, L. (2023). *Fenomenologia Empirica*. Genova: Il Nuovo Melangolo.
- Mortari L., Saiani L. (2013). *Gesti e pensieri di cura*. McGraw-Hill Italia
- Myers, S., B., Sweeney, A., C., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., Fingerhut, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(1): 55-66.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Diethard, T., Fischer, M., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86: 996–1009.
- Pollock, A., Campbell, P., Cheyne, J., Cowie, J., Davis, B., McCallum, J., McGill, K., Elders, A., Hagen, S., McClurg, D., Torrens, C., & Maxwell, M. (2020). Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: A mixed methods systematic review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5;11(11): CD013779.
- Posluns, K., Gall, T., L. (2020). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42:1-20.
- Remein, C., D., Childs, E., Pasco, J., C., Trinquart, L., Flynn, D., B., Wingerter, S., L., Bhasin, R., M., Demers, L., B., Benjamin, E., J. (2020). Content and outcomes of narrative medicine programmes: a systematic review of the literature through 2019. *BMJ Open*. 10(1): e031568.
- Riegel, F., Crossetti, M., D., G., O., Martini, J., G., Nes, A., A., G. (2021). Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing. *Revista Brasileira Enfermagem*, 74(2): e20200139.
- Sattar, K., Yusoff, M., S., B., Arifin, W., N., Mohd Yasin, M., A., Mat Nor, M., Z. (2023). A scoping review on the relationship between mental wellbeing and medical professionalism. *Medical Education Online*, 28(1): 2165892.
- Spinsanti, S. (1991). *Bioetica e Antropologia Medica*, La Nuova Italia Scientifica.
- Spinsanti, S. (1993). Edmund Pellegrino: Nella tradizione del medico-filosofo. *L'Arco di Giano*, (3): 183-193.
- Spinsanti, S. (2000). Scienza e coscienza come responsabilità morale. *Toscana Medica*, 10: 16-19.
- Taekman, J. M. (2017). To take care of patients well, physicians must take care of themselves. *Academic Medicine*, 92(4): 427.
- Volpi, L. (2020). *Nella solitudine non siamo soli: diario di un OSS in Covid*, Kindle Unlimited.
- Zannini, L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa: nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Zannini, L. (2021). Valutare gli effetti di interventi di medicina narrativa nella formazione dei professionisti della cura: esperienze e riflessioni. *Medical Humanities e Medicina Narrativa*, 2(1): 21-38.
- Williams, D., Tricomi, G., Gupta, J., Janise, A. (2015). Efficacy of burnout interventions in the medical education pipeline. *Academic Psychiatry*, 39(1): 47-54.