



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA

*DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE*

*SCUOLA DI DOTTORATO DI SCIENZE UMANISTICHE*

*DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE UMANE*

CICLO XXXV/2019

TITOLO DELLA TESI DI DOTTORATO

***Professionalism, care, self-care e COVID-19***

S.S.D. M-PED/01

Tutor: Prof.ssa Luigina Mortari

Firma \_\_\_\_\_

Coordinatore: Prof.ssa Chiara Sità

Firma \_\_\_\_\_

Dottorando: Dott.ssa Carla Benaglio

Firma 



## Sommario

Il comportamento professionale del professionista sanitario (*professionalism*) ha un impatto su tutte le altre competenze, in particolare sulla qualità dell'assistenza, la relazione con il paziente e i colleghi, e la capacità di prendere decisioni. Al cuore del *professionalism* si situa il prendersi cura (*care*) con empatia e rispetto di una persona vulnerabile e bisognosa. Solo in tempi recenti si relaziona con l'auto cura (*self-care*) in quanto si è visto che il comportamento professionale è legato strettamente al benessere del professionista della salute. Infatti, il *professionalism* è una competenza che non è stabile nel tempo, dipende anche dalla salute della persona e dall'ambiente di lavoro. Il presente studio ha l'obiettivo di esplorare i vissuti e gli apprendimenti dei professionisti della salute durante la pandemia di COVID-19, che ha rappresentato un momento molto critico e di alto stress per l'ambito della salute. In particolare, questa ricerca esamina le narrazioni dei professionisti sanitari rilevando se emergono aspetti relazionati con il professionalismo, la capacità di *care* e di *self-care*.

Il campo epistemologico di riferimento è la *Naturalistic inquiry*, che privilegia il ricorso a metodologie di tipo qualitativo. La filosofia di ricerca a cui lo studio è ispirato è quella fenomenologica empirica delineata da Mortari (2007, 2023) per arrivare a descrivere una teoria fenomenologica dell'esperienza dei professionisti della cura in un periodo difficile. Lo strumento utilizzato è la narrazione, focalizzata su una serie di domande guida aperte che hanno come obiettivo quello di chiedere ai partecipanti di narrare e descrivere la loro esperienza del fenomeno indagato.

Sono state analizzate narrazioni raccolte tramite un formulario online in tre lingue (italiano, spagnolo, inglese). Hanno partecipato 504 professionisti (perlopiù medici e infermieri, soprattutto dall'Italia e dal Cile). L'analisi dei dati ha fatto emergere come l'esperienza durante un periodo difficile, dove non si può assicurare un *caring* secondo le consuetudini, sia caratterizzata da una serie di elementi che si relazionano con il contesto, al gruppo di lavoro e ai pazienti in uno stato molto critico. Il poter assicurare un minimo *comfort* e presenza al paziente è stato vissuto come buona cura e antidoto al dolore morale provato dal

professionista. La relazione diventa cura e fonte di benessere anche nel gruppo di lavoro. La ricerca offre un avanzamento nello studio del significato della cura e auto cura in relazione al professionalismo in un periodo difficile. Il poter assicurare un buon *caring* dà senso alla sofferenza sostenendo la dimensione etica dell'agire e offrendo un certo sollievo (benessere).

## **Abstract**

The professional behavior of the healthcare professional (professionalism) impacts on all other skills, especially on the quality of care, the relationship with the patient and colleagues, and the ability to make decisions. At the heart of professionalism lies caring with empathy and respect for a person who is vulnerable and needy. Only recently does it relate to self-care, as it has been seen that professional behavior is closely linked to the well-being of the health professional. Professionalism is a competence that is not stable over time. It also depends on the person's health and the working environment. This study aims to explore the experiences and learning of health professionals during the COVID-19 pandemic, which was a very critical and stressful time for health. This research examines the narratives of healthcare professionals, identifying whether aspects related to professionalism, care, and self-care emerge.

The epistemological field of reference is Naturalistic Inquiry, which focuses using qualitative methodologies. The research philosophy that inspired the study is the empirical phenomenological one outlined by Mortari (2007, 2023) to describe a phenomenological theory of care professionals' experience in a difficult period. The tool used is storytelling, focused on open-ended guide questions that aim to ask participants to narrate and describe their experience of the phenomenon investigated.

Narratives collected via an online form in three languages (Italian, Spanish, English) were analyzed. Five hundred four professionals (mostly doctors and nurses, from Italy and Chile) participated. The data analysis has made emerge how the experience during a difficult period, where it is impossible to ensure a caring according to the habits, is characterized by a series of elements that relate to the context, to the working group and patients in a very critical state. The ability to ensure a minimum of comfort and presence to the patient has been experienced as a good cure and antidote to the moral pain experienced by the professional. The relationship becomes care and a source of well-being in the working group. The research offers an advance in the study of the meaning of care and self-care in relation to professionalism in a difficult period. Ensuring good caring makes

sense of suffering by supporting the ethical dimension of acting and offering some relief (well-being).

<b>Indice</b>	
<b>Introduzione</b>	<b>10</b>
<b>Parte prima - Revisione della letteratura</b>	
<b>1 Il <i>Professionalism</i>: definizione del problema, chiarificazione lessicale e metodologica</b>	<b>21</b>
1.1 Introduzione al <i>Professionalism</i> : genesi di un costrutto complesso	21
1.2 Lo stato dell'arte sul concetto <i>Professionalism</i>	30
1.2.1 La ricerca bibliografica sul <i>Professionalism</i> : il percorso svolto	31
1.2.2 Documenti e autori di riferimento sul <i>Professionalism</i>	34
1.3 <i>Care</i> e <i>self-care</i> per una vita buona ed etica	50
1.3.1 L'essenza dell'aver cura	52
1.3.2 La cura di sé	57
1.3.2.1 <i>Self-care</i> e conoscenza di sé	58
1.4 Revisione della letteratura biomedica: <i>Professionalism</i> , <i>Care</i> e <i>Self-care</i>	64
1.4.1 Diverse tipologie di revisione della letteratura	64
1.4.2 La ricerca realizzata	67
1.4.3 Tappe della ricerca bibliografica	68
1.4.4 Fase di valutazione degli articoli	71
1.5 <i>Relazione tra i temi identificati</i>	73
1.5.1 <i>Professionalism</i>	73
1.5.2 <i>Professionalism, compassion fatigue e moral distress</i>	77
1.5.3 <i>Professionalism e Self-care</i>	79
1.5.4 <i>Professionalism e Burnout</i>	80
1.5.5 <i>Professionalism, self-care e resident student</i>	83
1.6 <i>Professionalism e self-care: un nodo critico</i>	84
<b>2 Aspetti teorici sul metodo fenomenologico empirico</b>	<b>87</b>
2.1 Filosofia fenomenologica	88
2.2 Il metodo fenomenologico per la scienza d'esperienza	90
2.2.1 I principi del metodo fenomenologico empirico	91
2.3 Introduzione alla ricerca qualitativa	95
2.3.1 Il campionamento nella ricerca qualitativa	99
2.3.2 Raccogliere narrazioni	103

2.3.3	Aspetti etici nella ricerca qualitativa	106
2.4	Le sequenze euristiche che strutturano il metodo	109
<b>Parte seconda - La ricerca empirica</b>		
<b>3</b>	<b>La storia della ricerca</b>	<b>116</b>
3.1	La domanda di ricerca	120
3.1.1	Aspetti metodologici e il campionamento	123
3.1.2	Strumento di raccolta dati	125
3.1.3	Scelta delle domande stimolo per sollecitare la narrazione	128
3.3	Dentro la ricerca: il percorso di analisi dei dati	130
3.3.1	Descrizione delle sequenze euristiche	133
3.4	Revisione delle categorie: descrizione narrativa del percorso	146
3.5	Analisi del processo di concettualizzazione	148
3.6	Processo di apprendimento sul metodo	153
<b>4</b>	<b>L'esperienza della cura durante il COVID-19: una teoria descrittiva</b>	<b>155</b>
4.1	Il sistema di codifica	160
4.2	Descrizione delle macrocategorie emerse	163
4.2.1	I vissuti dolorosi	163
4.2.1.1	Patire il senso di impotenza	164
4.2.1.2	Sentire incertezza	168
4.2.2.1	Sentirsi immersi nella sofferenza	170
4.2.2.2	Affrontare la morte	177
4.2.2.3	Preoccuparsi del contagio	181
4.2.2	Aspetti legati al <i>professionalism</i> , all'etica professionale e al <i>caring</i>	187
4.2.2.1	Provare angoscia morale	189
4.2.2.2	Alterazione della modalità di relazione	198
4.2.2.3	Sentire la cura come antidoto al dolore morale	199
4.2.3	La relazione che cura	209
4.2.3.1	Sentire il valore del gruppo di lavoro	209
4.2.3.2	Saper lavorare in gruppo	212
4.2.3.3	Aver cura del gruppo di lavoro	214



4.2.4	Conoscenza di sé (personale)	218
4.2.4.1	Riflessioni sulla vita e decisioni/orientamento esistenziale	219
4.2.4.2	Imparare dalla propria fragilità	222
4.2.4.3	Riscoprire l'importanza del <i>self-care</i>	227
4.2.5	Conoscenza di sé (professionale)	229
4.2.5.1	Arricchimento dell'esperienza lavorativa	232
4.2.6	Sviluppo del ruolo professionale	236
4.2.6.1	Una nuova consapevolezza	238
4.2.6.2	Desiderio di un'intensificazione del processo formativo per i sanitari	240
4.2.7	La necessaria trasformazione del servizio sanitario	242
4.2.7.1	Indicazioni per la trasformazione del servizio sanitario	245
4.3	Narrazioni complete: alcuni esempi	248
4.4	Possibili limiti dello studio	254
<b>5</b>	<b><i>Professionalism, care e self-care durante un periodo difficile</i></b>	<b>255</b>
<b>6</b>	<b>Discussione: i risultati della ricerca in dialogo con la letteratura internazionale</b>	<b>263</b>
6.1	Gli studi sull'esperienza del COVID-19 dei professionisti della cura	263
6.2	Le possibili risposte per il futuro: la formazione al <i>care</i> come fonte di <i>professionalism</i> e benessere per il professionista sanitario	277
	<b>Conclusione</b>	<b>282</b>
	<b>Bibliografia</b>	<b>287</b>
	<b>Allegati</b>	
A.	<i>Flow chart</i> ricerca	310
B.	Tabelle studi <i>Professionalism</i> e <i>self-care</i>	311
C.	Protocollo studio	316
D.	Coding System prima versione	320
E.	Coding System con unità significative selezionate	323
F.	Articolo: <i>Professionalism and self-care in residents, how should we confront their training?</i>	358

## Introduzione

*Non ho paura di ammalarmi.  
Di cosa allora?  
Di tutto quello che il contagio  
può cambiare.  
Di scoprire che l'impalcatura della civiltà  
che conosco è un castello di carte.  
Ho paura dell'azzeramento, ma anche del suo contrario:  
che la paura passi invano, senza lasciarsi dietro un cambiamento.  
(Nel contagio, P. Giordano 2020)*

Il presente lavoro di ricerca prende in esame il *professionalism* in relazione con il *care* (prendersi cura) e il *self-care* (prendersi cura di sé). Il *comportamento professionale* rappresenta un tema complesso per le professioni della salute, dalla definizione concettuale agli indicatori che ne attestano il comportamento con la persona e nell'ambiente di lavoro. Oggetto della presente ricerca è pertanto il *professionalism* e la sua relazione con il *care* e *self-care* per i professionisti della salute. Il *professionalism* si relaziona con l'impegno che i professionisti della salute assumono con il paziente, le istituzioni sanitarie e la comunità. Si riferisce a un codice di comportamento e a valori come l'altruismo, l'umanizzazione e la comprensione culturale (Ludwig, 2014). Il *professionalism* come *core competence* si è focalizzato sin dalle sue origini sulla relazione con la persona e la famiglia, come un insieme di abilità, conoscenze a comportamenti che sono volti a proteggere, rispettare e assistere al meglio chi è in una condizione di fragilità. Per questo la capacità di *care* diventa centrale in questo costrutto anche se per i medici il focus iniziale è la cura (*cure*)<sup>1</sup> e più che di *care* si parla di "umanesimo" e di empatia; infatti, solo in tempi recenti i medici recepiscono il concetto di *caring* (azione del *care*, ossia di prendersi cura di un altro), legato *in primis* alla professione

---

<sup>1</sup> La parola inglese *to cure* si traduce in italiano con curare una malattia dal punto di vista biologico, mentre *to care* si traduce con il prendersi cura di qualcuno o qualcosa, anche essere premurosi. Entrambi i termini si situano al cuore delle professioni della salute, e in particolare in medicina hanno dato spazio ad ampi dibattiti soprattutto in bioetica (Zannini, 2017).

infermieristica; infatti, oggi viene considerato il pilastro della pratica medica. Anche il *care* come il *professionalism* è un costrutto complesso che è stato oggetto di profonde riflessioni teoriche e di studi empirici e trova i suoi fondamenti nella filosofia e nell'etica della cura. Noddings, educatrice e filosofa morale femminista, teorica dell'etica della cura, sostiene che “il *caring* è più di un atteggiamento di un singolo agente morale, e più che i comportamenti di una "brava persona." La cura è il nostro modo più naturale di essere nel mondo e in relazione agli altri; è l'essenza dell'essere umano” (Balmer, 2016). Per questa ricerca il framework di riferimento sarà la filosofia del *care* di Luigina Mortari (Mortari, 2015) che afferma che la cura è “il prendersi a cuore la vita così come essa è. La cura protegge la vita e coltiva le possibilità di esistere. Tiene l'essere immerso nel buono” (Mortari, 2015, p.13). Anche nello specifico dell'infermieristica vi sono state teoriche del *care*, come Florence Nightingale, la prima infermiera che ha fondato l'infermieristica come scienza, Virginia Henderson, Dorothea Orem, tra altre (Roy, 2018), Il nucleo comune per ogni teorica è che il *caring* costituisce l'essenza dell'infermieristica e che si caratterizza per la reciprocità, una connessione autentica e la compassione (Hassmiller, 2017).

Rispetto al *professionalism*, sin dal giuramento ippocratico e in particolare da parte dei medici, vi è sempre stata una grande discussione sul tema, soprattutto per la sua complessità, per l'essere sensibile agli aspetti culturali e sociali di un ambiente specifico. Infatti, si “caratterizza” a seconda dell'area clinica, ad esempio, può cambiare dall'ambiente chirurgico a quello medico, o da quello ostetrico a quello oncologico; in alcuni casi si accettano standard molto diversi in relazione al comportamento professionale, dipendendo dal contesto. È una competenza che non si mantiene stabile nel tempo e che dipende da diversi fattori, personali e professionali (Ludwig, 2014). Per questo si sono date nel tempo diverse definizioni che hanno contribuito a stabilire quali sono i comportamenti osservabili che permettono di stabilire se un professionista agisce con professionalismo. Si parla anche di *identità professionale* in riferimento a come la persona si percepisce come medico mentre il professionalismo si riferisce al possedere ed esibire una condotta professionale (Forouzadeh, 2018). Nonostante questo, vi è un *core value* di riferimento, per tutti i professionisti, che esplicita i valori di riferimento quando si parla di comportamento professionale accettabile, come ad esempio il rispetto, l'empatia, l'onestà, l'etica, e che sono comuni a tutte le professioni della salute.

Negli ultimi anni, il malessere crescente tra i professionisti della salute ha portato le commissioni dedicate a definire e a vigilare sugli standard di qualità, in particolare per l'accreditamento dei programmi di formazione dei medici specialisti, a riflettere ulteriormente sulla definizione di comportamento professionale, tanto che il *Royal College of Physician and Surgeon* del Canada introduce nel 2015 un altro aspetto ritenuto critico in relazione allo sviluppo della competenza professionale: il *self-care*, in quanto un medico per poter avere un buon comportamento professionale deve preoccuparsi del proprio benessere e della propria salute. Infatti, si legge nel documento: “come professionisti, i medici sono impegnati per la salute e il benessere dei singoli pazienti e della società attraverso la pratica etica, elevati standard personali di comportamento, la responsabilità per la professione e la società, e il mantenimento della salute personale” (Frank, 2015). La letteratura evidenzia come i professionisti della salute, in particolare i medici e i medici specializzandi (Wei, 2017), stanno vivendo da molti anni, anche in epoca pre-COVID-19, livelli molto alti di stress e *burnout* che non solo hanno un forte impatto sulla vita personale del professionista della salute, ma anche determinano una minor qualità delle cure e aumento di errori (Shanafelt, 2010). Questo determina un impatto negativo sulla qualità delle cure e delle relazioni alterando il comportamento professionale, e anche sulla qualità di vita del professionista che sperimenta un forte malessere (Dewa, 2017; Linzer, 2018). Rispetto alla definizione di *self-care* solo recentemente viene definito come la capacità di prendersi cura di sé stessi attraverso la consapevolezza, l'autocontrollo e la fiducia in sé stessi al fine di raggiungere, mantenere o promuovere una salute e un benessere ottimali (Martinez et al., 2021), Negli studi si appella alla capacità della persona di adottare buone abitudini di vita in relazione all'attività fisica, alimentazione, tempo libero, e spesso viene usata la parola *wellbeing*. In relazione al *self-care* si farà qui riferimento alla teoria di Mortari, secondo la quale la cura di sé “significa occuparsi del bene maggiore per l'essere umano, che consiste nel ragionare ogni giorno delle virtù e di tutte le questioni essenziali a dare forma a una vita buona” (Mortari, 2009, p.11).

Il presente progetto di ricerca prende quindi in esame la relazione tra il *professionalism*, *care* e *self-care* sullo sfondo di un allarmante e crescente malessere e problemi di salute mentale documentati in particolare per i medici specializzandi<sup>2</sup>. L'idea della ricerca prende origine dal chiedersi se la formazione al *caring* possa nutrire il *professionalism* sostenendo la vocazione e quindi il benessere del professionista della salute. All'inizio lo studio aveva posto l'attenzione sui medici specializzandi, e anche la revisione della letteratura effettuata mantiene il focus su questo target, in particolare per la necessità di concentrare la notevole letteratura esistente sul tema. Vi era il dubbio se la capacità di agire un buon *care* potesse avere un effetto protettivo sulla professionalità, nel senso che potesse nutrire/sostenere la vocazione e in questo senso dare maggior benessere al professionista della salute. Inoltre, era di interesse anche vedere cosa era presente in letteratura relativamente alla relazione tra il *self-care* e il *professionalism*.

I miei quesiti iniziali si muovevano quindi da una realtà complessa e dalla necessità di ridurre il malessere degli studenti specializzandi soprattutto di area chirurgica (Shanafelt, 2010). Come dice Mortari: “La ricerca del sapere per essere di valore, deve tenersi legata ai temi fondamentali, alle questioni di fondo, quelle che possono essere colte coltivando l'attenzione radicale per ciò che accade nel presente [...]. In certi momenti della storia ci sono questioni di fondo che assumono un'urgenza non

---

<sup>2</sup> L'idea della ricerca parte dalle conversazioni nei laboratori con gli studenti specializzandi di area chirurgica, di fisiatria e di medicina interna presso la Facoltà di Medicina, Clínica Alemana, Università del Desarrollo a Santiago, in Cile. Dalle loro esperienze emerge la fatica, lo stress e l'ansia a causa di curricula esigenti e poco rispettosi del loro ruolo come studenti in quanto spesso si sentono forza lavoro senza avere uno spazio protetto per lo studio e il tempo libero. Questo anche in sintonia, come si è visto, con la letteratura che mostra dati estremamente allarmanti sul malessere dei professionisti della salute. Durante i laboratori, che sono percorsi di auto conoscenza per aumentare l'empatia attraverso il metodo della medicina narrativa (metodo teorizzato dalla dottoressa Rita Charon della Columbia University, nel 2006), gli studenti riferiscono di sentire benessere. Pertanto, ci si interroga se la formazione al *caring* possa essere un fattore protettivo per il comportamento professionale. Si sente la necessità di approfondire le relazioni tra il *professionalism*, centrato soprattutto sul *care*, e il *self-care*. L'arrivo della pandemia per COVID-19 ci ha portati ad ampliare la ricerca a tutti i professionisti della salute.

dilazionabile” (Mortari, 2019, p.7). Una di queste è la cura per gli altri e il saper prendersi cura di sé, in quanto: “La cura per la vita è essenziale e irrinunciabile, poiché senza la cura la vita non può fiorire” (Mortari, 2015, p.11), tuttavia l’aver cura non si può dare senza l’aver cura di sé, “ossia imparare ad aver cura dell’esistenza, che permette di trovare la buona forma del vivere” (Mortari, 2009, p. 3). Pertanto, la tematica è rilevante per l’aumentato malessere che spesso sfocia in *burnout* per i professionisti della salute, che sono particolarmente dedicati alla cura di una persona “che si trova in una condizione di massima fragilità e vulnerabilità” (Mortari e Saiani, 2013, p.2). Il *burnout* “è un tipo speciale di stress legato al lavoro - uno stato di esaurimento fisico o emotivo che comporta anche un senso di ridotta realizzazione e perdita di identità personale. I ricercatori sottolineano che singoli fattori, come i tratti della personalità e la vita familiare, influenzano chi sperimenta *burnout* relativo al lavoro” (la Clinica Mayo ha organizzato un gruppo di ricerca sul *burnout* considerandolo un tema prioritario e di speciale rilevanza per i professionisti della salute, inoltre attraverso una pagina web dedicata offre formazione e supporto)<sup>3</sup>. Il *burnout* presenta sintomi sia fisici che legati alla salute mentale, come irritabilità, mancanza di energia e di pazienza, difficoltà in concentrarsi, abuso di cibo, alcool, droghe o farmaci per sentirsi meglio, problemi per dormire, o avere sintomi come frequenti cefalee, dolore di stomaco o intestino, tra i principali; sono state identificate alcune cause e possibili fattori di rischio legati al *burnout*, come l’essere in un ambiente di lavoro con relazioni complesse e problematiche, mancanza di chiarezza sulle aspettative o relazione con il superiore, l’aver un lavoro monotono o caotico e che richiede molta energia per rimanere focalizzati, mancanza di supporto e il non avere un buon equilibrio tra lavoro e vita personale (Dyrbye, 2010, 2016).

È dimostrato come il *burnout* aumenti gli errori, *mala praxis*, difficoltà di lavoro in equipe tra i professionisti della salute, determinando pertanto un abbassamento del *professionalism* (Plews-Ogan, 2016; Linzer, 2018). Inoltre, determina l’aumento di assenze lavorative, abuso di sostanze e casi di suicidio, in particolare tra i medici specializzandi (Dyrbye, 2016).

---

<sup>3</sup> <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/burnout/art-20046642>

La pandemia per COVID-19 si è presentata all'improvviso a sistemi di salute collassati e con professionisti in forte crisi. Questo ha determinato un ripensamento da parte del gruppo di ricerca che ha portato a ridefinire la domanda di ricerca. Aveva assunto una certa urgenza il poter far fronte al malessere dei professionisti della salute che con la pandemia aveva assunto dimensioni insostenibili (Hassamal, 2021; Aydin, 2021; Greenberg, 2021; Guttormson, 2022; Lake, 2022), tanto che si è deciso di includere nella ricerca empirica tutti i professionisti della salute, essendo una situazione unica. Il quesito di ricerca, pertanto, è diventato: "Quali sono state le esperienze e i vissuti dei professionisti della salute durante l'epoca COVID-19?" per poter delineare una teoria fenomenologica empirica sulle esperienze dei professionisti sanitari durante un periodo unico e rilevare se e quali aspetti emergono in relazione al *professionalism*, *care* e *self-care*. Questo per poter dare un contributo allo stato dell'arte sul comportamento professionale e sul *caring* agito in un momento difficile e per non perdere un sapere unico generato in un preciso momento storico.

Questo studio presenta una prima parte teorica sulla relazione tra *professionalism*, *care* e *self-care* dei professionisti della salute. L'analisi della letteratura biomedica ha permesso di chiarire lo stato dell'arte sulla tematica e questo ha rappresentato anche l'obiettivo della revisione contenuta nella presente tesi. Tra febbraio e luglio 2020 è stata effettuata una ricerca bibliografica nelle seguenti banche dati: PUBMED, WOS (web of science database), CINAHL, SCIENCE DIRECT esplorando inizialmente con le seguenti parole chiave: *professionalism*, (come termine Mesh) *internship and residency* (come termine Mesh) anche *definition* per ridurre un po' i risultati. Non si è seguito un modello specifico, come PICOS<sup>4</sup>, per organizzare la revisione della letteratura in quanto non si cercava un intervento specifico o un confronto su più di

---

<sup>4</sup> PICOS (*Population, Intervention, Comparison, Outcome, Study Design*) è un modello che permette di strutturare una ricerca bibliografica identificando la popolazione di riferimento (ad esempio soggetti anziani, giovani, o con determinate caratteristiche), l'intervento che si intende studiare (nell'ambito medico può essere un farmaco o una tecnica chirurgica; in educazione può essere una metodologia per la valutazione), l'intervento che si vuole confrontare e il risultato sperato (*outcome*). Si può anche definire quale disegno di studio è il migliore per la ricerca che si vuole effettuare (Mehley, 2014). Viene utilizzato per creare una buona domanda clinica per poter avere a disposizione le migliori evidenze presenti in letteratura per poter prendere decisioni assieme alla persona.

un intervento. Sono risultate 13 revisioni sistematiche. Attraverso le bibliografie incrociate sono stati identificati gli autori più autorevoli. In una seconda fase si è svolta una revisione narrativa della letteratura cosa emerge in relazione a *professionalism, care, burnout* AND *resident or residency*. I termini scelti riportano ad una letteratura vastissima e molto spesso non utile per il tema oggetto di studio. La maggior parte degli studi si focalizza sul paziente, soprattutto in relazione a *professionalism* e *care*. Per questo la ricerca si fa iterativa ed è necessario circoscrivere associando altri termini o riducendo gli anni di ricerca. In relazione alla definizione di *professionalism* gli autori referenti sono Epstein (2002), Kirk (2007), Ludwig (2014) e altri.

Rispetto a *professionalism* e *self-care* sono stati evidenziati i principali autori: Ayala 2018 (*self-care*), Berger 2020 (insegnamento del *professionalism*), Branch 2009 (*faculty development and professionalism*), Burks 2012 (*altruism in health care*), Cooper 2019 (*unprofessional behavior*), Dyrbye 2016 (*burnout and resident*), Kassam 2015 (*wellbeing in resident*), Marshall 2016 (*empathy*), McLaughlin 2017 (*advisor self-care*), Montgomery 2017 (*empathy and humanism*), Phillips 2017 (*professionalism and professionalization*), Plews-Ogan 2016 (*medical error*), Ripp 2017 (*wellbeing*), Sanchez-Reilly 2013 (*self-care*), Wang 2019 (*professional identity formation*).

La revisione della letteratura ha permesso di chiarire come il comportamento professionale sia un costrutto multidimensionale, difficile da definire, e che dipende dal contesto storico, sociale, culturale e politico.

Solo dal 2015 appaiono studi che mettono in relazione il *self-care* con il *professionalism* nei medici e sono ancora carenti le conoscenze su interventi o programmi efficaci nella formazione di base e continua; infatti, gli studi pubblicati non presentano un alto impatto o che si mantenga nel tempo. Inoltre, il *self-care* è difficile da introdurre in curricula molto esigenti e con poco spazio per la cura di sé. Anche a livello di educazione continua, sono ancora pochi i corsi che propongono percorsi per il benessere del professionista sanitario, che sono invece emersi in epoca COVID-19 (Walls, 2020).

Il *framework* di riferimento per *care* e *self-care* a cui si ispira il presente lavoro è la ricerca teoretica e la filosofia sviluppata da Mortari (2009, 2013, 2015) con integrazioni dalle principali teoriche sul *caring* della letteratura infermieristica. È da considerare che si tratta di una letteratura vastissima, da qui la necessità di identificare gli



autori principali e i framework di riferimento, questo per tutti e tre i costrutti: *professionalism*, *care* e *self-care*.

Nel capitolo metodologico si esplicitano i principi della filosofia di ricerca a cui lo studio è ispirato, ossia quella fenomenologica empirica descritta da Mortari (2007, 2023) per arrivare a descrivere una teoria fenomenologica dell'esperienza dei professionisti della cura in un periodo difficile. La filosofia fenomenologica è stata sviluppata da Husserl per la scienza eidetica che si interessa alle essenze generali e pure, persistenti di qualcosa. Invece la fenomenologia empirica ha bisogno di rimanere ancorata ai dati vissuti concretamente (Mortari, 2023), si parla di essenza del concreto che permette di costruire conoscenza dei vissuti ed esperienze. Questo ci sembrava il metodo che ci poteva permettere di arrivare all'essenza del concreto in relazione all'esperienza della pandemia (Mortari, 2023).

La seconda parte di questo studio presenta la ricerca realizzata, che esplora quali sono stati i vissuti, le esperienze e gli apprendimenti dei professionisti della cura durante il primo anno della pandemia per COVID-19 per capire cosa emerge sul *professionalism*, *care* e *self-care*. La nostra ricerca cerca di dare un contributo riguardo le caratteristiche e attributi del *professionalism* in un momento difficile e di forte stress per gli operatori sanitari in relazione con il *care* e il *self-care*. Si è visto come la letteratura sul *burnout* sia estremamente vasta, come negli ultimi 20 anni vi siano state numerose pubblicazioni sul tema, ma cosa succede a questi tre costrutti in un momento complesso per tutti e a livello mondiale? La letteratura riporta alti livelli di stress e *burnout* per gli operatori sanitari, ma cosa succede quando lo stress è uguale per tutti? Quando tutti sono immersi nella sofferenza, nella stessa paura come nel periodo della pandemia? Ci sembrava doveroso dare il nostro contributo e poter apportare una riflessione agli studi sul *professionalism* e sulla sua relazione con il *care* e *self-care*. Cosa succede quindi al *professionalism* in un momento difficile. Questo si è esplorato con due domande aperte per lasciare il rispondente massimamente libero, senza domande specifiche sul *professionalism*.

Inizialmente, avevamo deciso di approfondire il tema della connessione tra *professionalism* e *self care* solo negli specializzandi, categoria molto focalizzata sullo sviluppo della competenza professionale, anche a livello di studi, ma con scarsa formazione

curriculare alla cura di sé, come elemento cruciale per garantire un'assistenza di qualità e, dunque, un comportamento altamente professionale.

Tuttavia, le difficoltà incontrate da molti operatori sanitari a trovare spazi per la cura di sé, durante la pandemia, e quindi mantenere alta la qualità dell'assistenza, prevenendo il *burnout*, ci hanno spinte ad ampliare il nostro campione, coinvolgendo, oltre agli specializzandi, anche gli altri professionisti. Infatti, durante la pandemia molte scuole di specialità non hanno potuto garantire la pratica clinica agli studenti che si sono ritrovati all'improvviso con più tempo da dedicare allo studio, oppure hanno dovuto svolgere attività amministrative come supporto ai clinici esperti, dedicati esclusivamente all'assistenza, in altri casi hanno dovuto prendersi cura di pazienti che non erano quelli della loro specialità per l'emergenza in atto (molti studenti di pediatria hanno dovuto assistere pazienti adulti e molto critici a causa del COVID-19).

Poiché la filosofia epistemologica adottata come sfondo è quella pragmatista (Mortari, 2023), che invita ad assumere come questioni da indagare quelle che nel mondo della vita sono ritenute essenziali, la domanda iniziale è stata poi ridefinita in una formula più aderente ai bisogni dei clinici che durante il periodo del dottorato si sono trovati immersi in una situazione nuova, come la pandemia di COVID-19. Pertanto, la domanda di ricerca è la seguente: “quali sono le esperienze, i vissuti e gli apprendimenti dei professionisti della salute durante una pandemia?”. Lo strumento utilizzato è la narrazione, focalizzata su due domande aperte che hanno come obiettivo quello di chiedere ai partecipanti di narrare e descrivere la loro esperienza del fenomeno indagato. Si decide di utilizzare la narrazione per lasciare alle persone intervistate la massima libertà di espressione e intimità in un momento di forte crisi e di difficoltà in diversi ambiti (mole di lavoro, perdite, malattia, isolamento dai propri cari, etc.). Inoltre, la scrittura autobiografica, la narrazione di sé offre spazi “inediti” per la rielaborazione dei vissuti, soprattutto di quelli dolorosi, e ci sembrava importante offrire questa possibilità (Zannini, 2021). Il metodo qualitativo prescelto è quello fenomenologico empirico, che permette di costruire conoscenza sul fenomeno indagato in questo caso non attraverso interviste bensì con narrazioni per poter ottenere molteplici fotografie sullo stesso vissuto per poter catturare l'essenza del concreto (Mortari, 2023).

Nel capitolo sul metodo si descrivono tutte le sequenze euristiche seguite per realizzare l'analisi dei dati; il principale autore di riferimento sul metodo è Mortari L. che definisce nella sua teorizzazione sul metodo fenomenologico empirico le azioni euristiche da seguire per arrivare a identificare le macrocategorie e a elaborare una teoria descrittiva attraverso un processo rigoroso che parte dai dati singolari e concreti. I principi che guidano questo percorso sono la *descrizione/narrazione* ossia dire la cosa così come appare, il *principio di fedeltà*, ossia cercare una conoscenza il più possibile precisa e l'*epochè*, ossia mettere tra parentesi ogni teoria o interpretazione già data (Mortari, 2023).

Segue il capitolo sui risultati dove si presenta il *coding system* che deriva dall'analisi delle 504 narrazioni ricevute e si elabora una teoria descrittiva sul fenomeno oggetto di studio. La maggior parte delle persone che rispondono provengono dall'Italia e dal Cile. Si presenta in tabella l'insieme delle macrocategorie, categorie di primo livello e le loro declinazioni nelle rispettive etichette concettuali. Chi risponde riconosce tra gli eventi più significativi l'isolamento del paziente senza l'affetto dei propri cari in una condizione di massima criticità e l'essere esposti a numerose morti, che avvengono soprattutto in solitudine. La paura, lo smarrimento per il non conoscere la malattia, è ciò che caratterizza in modo estensivo questo periodo. Questo provoca anche un grande dolore a livello etico e professionale: il non poter assistere al meglio la persona e il dover fare scelte difficili in base alla disponibilità dei posti letto in terapia intensiva o del numero dei ventilatori. Allo stesso tempo, il poter accompagnare, il poter fare quello che si può, porta conforto e sollievo, il poter esserci, anche per i colleghi e collaborare in una situazione così drammatica, diventa una, seppur minima, fonte di benessere e di sicurezza.

Si chiude la seconda parte del presente lavoro con un breve capitolo sul *professionalism, care e self-care* alla luce della teoria emersa. Nel capitolo sulla discussione si analizzano i risultati in relazione alla letteratura pubblicata sul periodo COVID-19.

Dalla ricerca emerge soprattutto come il poter esserci, anche se con molte limitazioni, offre un certo sollievo a chi si prende cura. Inoltre, si "osserva" come in una situazione di estrema difficoltà i professionisti sanno "reagire" mettendo al centro i valori che sottendono la professione. Questo mantenersi saldi ai principi che ispirano la vocazione sembra essere ciò che li sostiene nell'avversità.

Si spera che i risultati di questo studio possano dare un contributo sulla relazione tra il *professionalism, care e self-care* e che possano essere utili per prendere decisioni soprattutto per le istituzioni accademiche e sanitarie per la formazione di base e continua dei professionisti della salute. In particolare, che possano offrire riflessioni per introdurre, soprattutto nei curricula dei percorsi di base, una formazione strutturale sulle teorie del *care, caring*, sulle teorie del *self-care*, la scienza del benessere e della felicità per futuri professionisti della salute perché sappiano prendersi cura di sé, di un altro, della comunità e del mondo che abitano.

## 1 Il *Professionalism*: definizione del problema, chiarificazione lessicale e metodologica

*Society has bought into the lie, a lie that perhaps in years past we have been guilty of encouraging, that we have godlike capabilities, that medicine can solve our every problem.*  
(Aird, 2015)

### 1.1 Introduzione al *Professionalism*: genesi di un costrutto complesso

Il concetto centrale per la nostra ricerca è quello di *professionalism*<sup>5</sup>. L'interesse per il comportamento professionale inizia nel 1980 quando si sono formate le organizzazioni sanitarie e i sistemi di salute privati (Brennan, 2014). La professionalità o comportamento professionale è un concetto molto diffuso e che può assumere diversi significati in base al contesto culturale e sociale (Castellani & Hafferty, 2006). È un costrutto che è sempre stato messo in risalto e al centro del dibattito sui professionisti della salute, ma che tuttavia è difficile da evidenziare nei processi di formazione continua, in quanto si esprime attraverso i comportamenti, atteggiamenti e valori. Non è stato parte del

---

<sup>5</sup> Il *professionalism* può essere tradotto in italiano con “professionalità”, “professionalismo” e anche “comportamento professionale”. Nello specifico, in ambito sanitario, il concetto che esprime meglio il termine in italiano è “comportamento professionale”. In questo testo si utilizzerà il termine professionalismo o talvolta comportamento professionale; spesso si manterrà la parola originale in inglese, perché, come si vedrà in seguito, la definizione racchiude una certa complessità nell'area dell'educazione in medicina (*medical education*), determinata anche dal contesto e dai valori che trascende il significato dei termini corrispettivi in italiano. Infatti, secondo il Vocabolario Treccani: Professionalità s. f. [der. di professionale]. – 2. Qualità di chi svolge il proprio lavoro con competenza, scrupolosità e adeguata preparazione professionale. Professionalismo s. m. [der. di professionale]. – 1. Il dare mostra di serietà, competenza e capacità nell'esecuzione della propria attività lavorativa.

curriculum formale nel passato. Tutti i professionisti della salute hanno un senso di cosa significhi avere un comportamento professionale; tuttavia, non vengono formati “formalmente” su questo. Non si può dare una definizione universale, inoltre si potrebbe dire che il professionalismo si riconosce quando si vede, o soprattutto quando vi sono carenze nel comportamento professionale (Ludwig, 2020).

Questo termine 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). Epstein definisce la competenza professionale 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).

Per quanto riguarda il *professionalism*, che possiamo anche genericamente intendere come l’agire con competenza professionale<sup>6</sup>, non esiste un’unica definizione di esso, in quanto è in sé un costrutto molto complesso, che dipende dal contesto culturale, sociale, economico e politico; il *professionalism* si apprende durante la pratica clinica e si manifesta con il comportamento. Per questo è sempre stato un argomento di continua attenzione e riflessione da parte di molti professionisti sanitari, *in primis* i medici in quanto si associa alla qualità delle cure e alla sicurezza del paziente, e spesso è un tema che solleva dilemmi etici (Ludwig, 2014; Constand et al., 2014; Charon, 2012).

Nelle professioni della salute vi è sempre stata una solida relazione tra il sapere scientifico e i valori, come l’altruismo, la vocazione al servizio e la compassione, che dovrebbero guidare l’agire di chi opera in contesti di cura; tuttavia, vi è sempre stata

---

<sup>6</sup> Il concetto di competenza viene introdotto con l’aggettivo “clinical” come termine MESH in Pubmed nel 1975. Viene definita come “La capacità di svolgere in modo accettabile quei compiti direttamente correlati alla cura del paziente”. Nel 1979 si introduce il concetto di *professional competence*: “La capacità di svolgere i compiti della propria professione in generale, o di eseguire un particolare compito professionale, con un’abilità di una qualità accettabile”. Vi è una differenza tra competenza professionale e competenza tecnica.

una maggior attenzione alla competenza tecnico-scientifica rispetto alla capacità di far propri i suddetti valori, nell'agire professionale (Blanco et al., 2013).

Sin 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 (Di Cioccio, 2002). Tuttavia, nel tempo 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"<sup>7</sup>. Medico e filosofo, nell'Università di Georgetown diresse il Centro di Perfezionamento in Etica e dedicò la sua vita ad introdurre negli Stati Uniti le *medical humanities*<sup>8</sup> nei curricula di medicina (Engelhardt, 1990).

Nasce così il concetto di "umanizzazione in medicina", in un momento in cui i curricula erano centrati soprattutto sulle scienze biologiche, come l'anatomia, la fisiologia, la biologia cellulare; si pensava che per poter strutturare percorsi formativi esigenti e prestigiosi il focus dovesse essere sulle scienze biomediche e che l'aspetto etico e relazionale fosse un apriori che chi decideva di dedicarsi alla cura della persona già possedesse come parte del suo essere. All'inizio, il concetto di *medical humanities*, che possono essere generalmente definite "come ciò che riguarda la comprensione dell'uomo attraverso le scienze umane" (Zannini, 2008, p. 145), crea un po' di confusione, legata all'uso impreciso del termine *humanitas*. L'umanesimo medico veniva usato in contrapposizione alla "super specializzazione; tecnicismo; [...]; insensibilità ai valori personali e socioculturali; troppo 'curare' e poco 'prendersi cura' [...]; insensibilità per i poveri e per gli emarginati nella società; eccessiva medicalizzazione della vita quotidiana; carenze nella comunicazione verbale e non verbale" (Spinsanti, 1993,

---

<sup>7</sup> Famosa è la sua frase: «La medicina è la più umana delle scienze, la più empirica delle arti e la più scientifica delle *humanities*» (Spinsanti, 1993).

<sup>8</sup> Il termine *medical humanities* si riferisce 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 sé stessi (Zannini, 2021; Taylor et al., 2017; Benaglio, 2004, p.35).

190). Le *medical humanities* mobilitano le riflessioni etiche, filosofiche, storiche e letterarie per ripensare l'esistenza umana sotto l'impatto della medicina moderna (Spinsanti, 1991; Spinsanti, 1993). Sino al 1970, l'insegnamento formale dell'etica e delle scienze umane<sup>9</sup> non era parte del curriculum delle scuole di medicina (Stern, 2006). Grazie ad Edmund Pellegrino, si creò un consenso sulla necessità di modificare i curricula di medicina ed è per questo che la bioetica e la comunicazione sono diventati in seguito parte integrante degli studi obbligatori. Infatti, queste due discipline vengono considerate necessarie per la formazione del medico in quanto la prima permette di affrontare le questioni e i dilemmi legati alla vita e alla condizione di malattia della persona attraverso il ragionamento morale, mentre la seconda educa in relazione ai modi della comunicazione con la persona malata (Gillon, 1994). Purtroppo, a tutt'oggi il focus nella valutazione delle conoscenze e abilità ha creato professionisti molto competenti da un punto di vista tecnico-scientifico, mentre vi è stata minor capacità in insegnare e valutare i comportamenti comunicativo-relazionali ed etici (Epstein, 2002). Per questo è un tema oggetto di discussione anche nelle scuole di medicina più prestigiose.<sup>10</sup> Sin qui si è visto quindi come il *professionalism* abbia le sue radici nella relazione con il paziente e, in particolare, sia centrato sugli aspetti etici dell'agire professionale (Ludwig, 2014). All'inizio non vi è stata la necessità di un accordo sulla sua definizione, in quanto un buon comportamento professionale era difficile da descrivere ed era soprattutto un insegnamento non esplicito, che si realizzava attraverso pratiche di modellamento che avvenivano durante la formazione (Stern, 2006). Per questo, molte volte non è esplicito cosa s'intenda per *professionalism* e il suo significato dipende dal clinico al letto del paziente o dal tutor che segue i principi dell'istituzione accademica, creandosi una certa confusione (Ludwig, 2014; Berger et al., 2020). Ne

---

<sup>9</sup> Nel 1990 si discute in Italia per la prima volta sul fatto che la bioetica debba essere inserita tra le attività di formazione permanente (Spinsanti, 1991, pp. 27-35). Le discipline riconducibili alle *medical humanities* sono la storia, la letteratura, la filosofia, l'antropologia, la sociologia, la teologia, la psicologia e l'etica (Zannini, 2008, p. 145).

<sup>10</sup> In questo momento nella scuola di Medicina di Harvard, Boston, stanno inserendo un progetto completamente nuovo per l'insegnamento e la valutazione del comportamento professionale (fonte: conversazione il 26 di ottobre 2023 con il *dean for medical education*, Dr Bernard S. Chang).



deriva la necessità di maggior chiarificazione di questo complesso costruito, soprattutto per poterlo insegnare e valutare, sia nei corsi di base sia nelle scuole di specialità. Sin dal 1990 vi è stato il tentativo di definire il *professionalism* e gli standards da attribuire per la formazione dei medici, come le competenze relative a professionalismo (Ludwig, 2014) come il poter garantire una assistenza compassionevole guidata da valori umanistici (Branch et al., 2009). Nel 1999 la *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME), associazione che si preoccupa di vigilare gli standard delle scuole di specialità negli Stati Uniti, definisce le competenze di base (*core competences*), e appare il termine *professionalism* in modo più esplicito, centrato sull'umanizzazione delle cure e sulla relazione con il paziente (Frank et al., 2015). In una pubblicazione sul *Journal of American Medical Association* (JAMA) nel 2002, una delle più autorevoli riviste di medicina nata nel 1883, il comportamento professionale viene definito come: “l'uso abituale e giudizioso della comunicazione, delle conoscenze, delle abilità tecniche, del ragionamento clinico, delle emozioni, dei valori e della riflessione nella pratica quotidiana a beneficio dell'individuo e della comunità assistiti”<sup>11</sup>(Epstein, 2002). Si aggiunge inoltre che la competenza dipende anche da alcune capacità, tra cui attenzione, curiosità critica, consapevolezza di sé e presenza. È una competenza professionale che si sviluppa nel tempo, non è stabile e dipende dal contesto (Epstein, 2002). Negli ultimi vent'anni, le pubblicazioni sulle tematiche legate al *professionalism* sono aumentate esponenzialmente concentrando i lavori in particolare nel misurare l'empatia e nel riportare la difficoltà di relazione dei medici. Questo anche dovuto al fatto che dall'opinione pubblica su giornali e riviste vengono riportati casi di “mala praxis” ed errori che vengono ricondotti ai problemi nella comunicazione e relazione medico – paziente (Dewa, 2017; Plews-Ogan, 2016). La professione infermieristica assume sin dall'inizio come pratica di cura la centralità della persona di cui l'operatore, in questo caso l'infermiera o infermiere, si assume la responsabilità. Patricia Benner parla di “primarietà del *caring*”. Le infermiere hanno sin da subito dedicato attenzione al *professionalism* e al *care*. Si parla di comportamento

---

<sup>11</sup> “*The habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflection in daily practice for the benefit of the individual and community being served*”.

professionale come, secondo la definizione dell'American Nurses Association,: “ Professionalità nell'assistenza infermieristica significa fornire un'assistenza di alta qualità ai pazienti, sostenendo i valori di responsabilità, rispetto e integrità (testo originale: “*Professionalism in nursing means providing top-quality care to patients, while also upholding the values of accountability, respect, and integrity*”)-American Nurses Association, “Recognition of a Nursing Specialty,” Aug. 2017. In realtà una definizione non è sufficiente per interpretare, orientare e descrivere la professionalità. Per questo il *caring* come buona pratica viene definito attraverso *standards*, e si manifesta e si misura attraverso protocolli, check list e questionari ben definiti. Il comportamento professionale può avere una dimensione collettiva, di un gruppo, o individuale. In quest'ultimo caso si parla di professionalità individuale, come il singolo interiorizza i valori, obbligazioni, atteggiamenti, i comportamenti e costruisce un proprio concetto individuale (*individual professionalism*). In questo scenario, negli ultimi quindici anni, emerge anche un progressivo aumento di problemi di salute mentale tra i professionisti della salute (Aherne et al., 2016; Thomas, 2004; Pilarsky et al. 2017), suicidi tra i medici e studenti specializzandi, con un numero maggiore di casi rispetto alla popolazione generale (Minford & Manning, 2017; McLuckie et al., 2018). Si registra un forte aumento di malessere, dovuto non solo all'esposizione costante alla sofferenza, ma anche a un ambiente altamente stressante e fortemente gerarchico, dove spesso le relazioni sono complesse e conflittuali (Mirza et al., 2018; Wang et al., 2019; Davenport et al., 2008). Si riscontra un malessere generale derivante anche da curricula molto esigenti, spesso con spazi ridotti per il benessere dello studente e per la riflessione, che dovrebbe essere attivata con metodi derivanti dalle scienze umane, le quali risultano le più accreditate per sviluppare competenze legate al *professionalism*, come l'autoconoscenza, il pensiero critico, la comunicazione interpersonale e la capacità di *caring*. Le discipline umanistiche facilitano la connessione con la motivazione al *caring* e la vocazione (Lijoi & Tovar, 2020; Charon, 2001)<sup>12</sup>. Il termine *caring* deriva dall'inglese *to care* ed esprime l'azione di prendersi cura. Come il *professionalism*, è un costrutto

---

<sup>12</sup> Come breve nota, si vorrebbe sottolineare il fatto che le valutazioni di interventi mirati al benessere, derivanti dalla medicina narrativa e *humanities*, sono spesso quantitative con disegno pre-post test a causa del prevalere del paradigma positivista. Invece si dovrebbe pensare a modelli di valutazione sistemici, non riconducibili solo a una logica causalistica (causa-effetto) (Zannini, 2021, p.34).

complesso. In questo contesto si userà la parola inglese *care* e *caring* (che è l'azione di prendersi cura, che, come traduzione letterale in italiano, avrebbe anche il significato di premuroso, attento, amorevole). Per il presente lavoro si farà riferimento alla teorizzazione e definizione di Mortari, “la cura è ontologicamente essenziale: protegge la vita e coltiva le possibilità di esistere. Una buona cura tiene l'essere immerso nel buono” (Mortari, 2015, p.13). La strutturazione dei processi di apprendimento nelle facoltà di medicina tende a far vivere il percorso di studi con molta ansia e preoccupazione, determinate anche dagli alti livelli di competizione, in particolare nell'ambiente medico, e soprattutto nelle fasi di transizione, ad esempio, da medico a specialista (Blackmore et al., 2014; Grendar et al., 2018) e in particolare nelle scuole di chirurgia e specialistiche (Pulcrano et al., 2016; Vettore, 2010, p.40). Inoltre, è dimostrato che il *burnout* e il malessere hanno anche un forte impatto sull'*outcome*<sup>13</sup> del paziente; infatti, chi non sta bene commette maggiormente errori ed sperimenta una minor soddisfazione per il proprio lavoro (Davenport et al., 2008; Feddock et al., 2007). La letteratura riporta che la costante esposizione alla sofferenza può anche portare a una sofferenza morale (*moral distress*) e, alla lunga, la riduzione della capacità da parte del professionista di essere empatico o di con-dividere la sofferenza dell'utente (*compassion fatigue*) (Figley, 2002; Huggard & Dixon, n.d.; Lebensohn et al., 2013). Anche i pazienti riportano insoddisfazione e preoccupazione in relazione alla continuità delle cure e a questa “*fatigue*” degli specializzandi (Fletcher et al., 2008). Il tempo a volte limitato della visita medica fa sì che vi sia anche da parte dello specializzando una costante sensazione di inadeguatezza (Outram & Kelly, 2014). Invece, se si danno le condizioni di tempo e ambientali, il paziente apprezza la presenza dello specializzando nell'ambulatorio assieme al medico (Malcom et al, 2008).

---

<sup>13</sup> Nella letteratura biomedica e in educazione in medicina (*medical education*) molto spesso si mantiene la forma inglese quando sono concetti che derivano dalla letteratura anglosassone. È per questo che molto frequentemente in questo testo si ritrovano non tradotti in italiano. L'*health outcome* del paziente sarebbe il risultato delle azioni terapeutiche sulla salute della persona. Vi è una serie di fattori che possono avere un impatto positivo, non solo le terapie farmacologiche, ma anche quelle non farmacologiche, come ad esempio la presenza al letto del paziente, il tocco, la comunicazione, sono tutti elementi che hanno un impatto positivo sulla relazione medico-paziente e sul risultato clinico (Chipidza et al., 2015).

La sofferenza morale prolungata e la *compassion fatigue* possono portare al *burnout*<sup>14</sup> (Sanchez-Reilly et al., 2013), che può avere un forte impatto sul professionalismo. In questi ultimi anni, visto l'aumento del malessere, sono aumentate via via le pubblicazioni dove emerge la preoccupazione relativa allo stato di salute dei medici, degli specializzandi e infermieri, e dove si misura il malessere con scale e questionari (Dyrbye et al., 2006) e, recentemente, sono apparse pubblicazioni dove si cerca di evidenziare quali sono le pratiche che mettono in atto gli studenti per mantenere il loro benessere nelle scuole di medicina (Ayala et al., 2017, 2018). Si assiste inoltre alla tendenza di introdurre corsi di *mindfulness* nelle scuole di specialità per ridurre l'ansia e migliorare il benessere; tuttavia, l'impatto non è così consistente (Daya & Hearn, 2018; Scheepers et al., 2020)<sup>15</sup>.

Si parla invece della necessità di attivare strategie di *self-care* da parte dei medici (Sanchez-Reilly et al., 2013). In una recente pubblicazione il *self-care* viene definito come la capacità di prendersi cura di sé stessi attraverso la consapevolezza, l'autocontrollo e la fiducia in sé stessi al fine di raggiungere, mantenere o promuovere una salute e un benessere ottimali. Tuttavia, gli studi in ambito biomedico sono in genere focalizzati sulla capacità di *self-care* del paziente, soprattutto in situazioni di cronicità (Martínez et al., 2021). La complessità sembra dovuta anche da un ambiente in cui non si è mai coltivata la cura di sé e dall'assenza di una cultura accettata del *self-care* del professionista. In questo contesto, faremo riferimento alla teorizzazione e alla definizione di Mortari: “Aver cura di sé significa occuparsi del bene maggiore per l'essere umano, che consiste nel ragionare ogni giorno delle virtù e di tutte le questioni essenziali a dare forma a una vita buona” (Mortari, 2009, p.11).

---

<sup>14</sup> *Burnout* è di solito definito come una risposta prolungata agli stress emotivi e interpersonali cronici, caratterizzata da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e mancanza di realizzazione sociale. Il *burnout* è spesso considerato un disturbo mentale legato al lavoro ed è correlato alla depressione e all'ansia. L'evidenza suggerisce che il *burnout* è in aumento tra i medici negli Stati Uniti, e ha mostrato effetti negativi sulla qualità delle cure, sulla soddisfazione del paziente, e sulla sicurezza del paziente (Aggarwal et al., 2017).

<sup>15</sup> Durante il periodo COVID-19 le pubblicazioni sul *burnout* e le misure messe in atto per ridurlo si sono moltiplicate, in particolare oggi vi è maggior evidenza sull'impatto dei programmi che si basano sul *mindfulness* per ridurre lo stress (Green & Kinchen, 2021).

Si evidenzia anche che un vero percorso di *self-care* debba essere sostenuto da parte delle istituzioni formative: il *self-care* da solo non è sufficiente se non vi è un cambiamento culturale nel sistema e nell'ambiente sanitario, definito "tossico" per la pressione, situazioni di *bullying* e alti carichi di lavoro (Minford & Manning, 2017).

Si identifica anche nella relazione di *mentoring* un elemento di protezione, laddove il *mentor* è determinante per lo sviluppo delle competenze, anche se c'è poco rispetto a questa relazione e a *self-care* del professionista (Toklu & Fuller, 2017). Sembra che il ruolo protettivo in presenza di una relazione basata sul rispetto con il supervisore clinico, specialmente in ambienti chirurgici, aumenti la soddisfazione nel lavoro (van der Wal et al., 2016).

In linea con quanto qui sopra segnalato, *L'Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME)<sup>16</sup> nel 2015 aveva introdotto un aspetto nuovo, che si focalizzava sull'ambiente, che dovrebbe favorire il benessere, l'apprendimento e il professionalismo degli specializzandi (Vassar, 2015). Per la prima volta viene posta l'attenzione sull'*ambiente* come fattore con alto impatto sulla salute e l'apprendimento dello studente. L'ambiente, spesso definito "tossico" dagli studenti, dipende infatti dalla qualità delle relazioni e influenza in modo positivo o negativo l'apprendimento del *professionalism*, che avviene soprattutto attraverso i modelli e le figure professionali di riferimento.

Il professionalismo diventa pertanto una priorità per diverse ragioni, la prima in relazione alla presa in carico del paziente e ad una assistenza centrata nella persona (Vassar, 2015), la seconda, a quasi vent'anni da queste definizioni, introduce il concetto di *self-care* per il professionista della salute (Phillips & Dalgarno, 2017).

Nei prossimi paragrafi, attraverso lo studio della letteratura, l'obiettivo è di arrivare dapprima a una chiarificazione concettuale sul *professionalism, care e self-care*, e poi, attraverso una revisione narrativa, si cercherà di evidenziare cosa emerge tra *professionalism, care e self-care* e i concetti correlati.

---

<sup>16</sup> Questa associazione in collaborazione con le istituzioni sanitarie e accademiche è responsabile della valutazione e accreditamento dei programmi delle specialità mediche negli Stati Uniti per assicurare la qualità dell'assistenza.

## 1.2 Lo stato dell'arte sul concetto *professionalism*

Sembrerebbe poco utile un approfondimento lessicale sul *professionalism* essendo così numerose le pubblicazioni sul tema; tuttavia, è pertinente in quanto il mantenere un comportamento etico è la competenza che ha più impatto sulla qualità dell'assistenza al paziente, in educazione e anche nella ricerca. Un ambiente di lavoro dove non vi sia rispetto, o buona comunicazione o vi sia un atteggiamento di costante critica, non permette l'evoluzione e la miglior pratica del gruppo stesso (Warnock, 2008). Il periodo pandemico, che ha fatto registrare un alto livello di *burnout* e di stress, obbliga a soffermarsi sul tema. La definizione di *Professionalism* è importante perché condiziona il processo formativo dei medici. Pertanto, si decide di identificare gli articoli che rappresentano i *documenti di riferimento* sul tema attraverso una ricerca bibliografica per arrivare alle definizioni che sono all'origine di tutte le successive pubblicazioni sul tema. Si identificano gli autori considerati esperti in relazione alla riflessione, concettualizzazione, discussione sul comportamento professionale.

Si sono identificati gli articoli con le definizioni più autorevoli, nel senso che sono citati e stanno alla base della letteratura che parla di *professionalism* e quindi costituiscono il riferimento per tutte le altre pubblicazioni. Se si esplora in PubMed con le parole chiave *medical professionalism AND definition* risultano tredici *systematic review*. Aumentano a 47 se si includono anche le revisioni narrative. Si è osservato come le pubblicazioni in relazione al tema siano aumentate notevolmente negli ultimi dieci anni. Le pubblicazioni selezionate si collocano nel periodo 2014-2020; sono tutte revisioni sistematiche sulla definizione di *professionalism*. Questo evidenzia la complessità del tema, oggetto di discussioni e continue revisioni in quanto i *mass media* riflettono una visione negativa sui medici, dall'abuso della prescrizione di farmaci narcotici a condotte sessuali inappropriate con i pazienti o i familiari, o abuso di droghe e alcool (Ludwig, 2020). Per l'opinione pubblica sembra essere più "scandaloso" quando è un medico che manifesta un comportamento poco professionale piuttosto che altri professionisti della salute. Tutto questo ha condotto progressivamente, assieme ad altri fattori come l'attenzione dei medici rivolta ad aspetti economici (*business of medicine*) ad una riduzione drastica della reputazione professionale dei medici (Ludwig, 2020).

Tuttavia, è soprattutto un buon comportamento professionale che rende i medici speciali agli occhi della società.

La letteratura riflette una considerevole differenza di opinioni nella definizione di *professionalism* in medicina e vi sono sovrapposizioni concettuali tra *professionalism*, *humanism* e sviluppo personale e professionale (Birden, 2014).

Nel 1979 appare in PubMed come termine MeSH<sup>17</sup> il concetto di **Professional Competence**: “La capacità di svolgere i compiti della propria professione in generale, o di svolgere un particolare compito professionale, con abilità di qualità accettabile” (testo originale: “*The capability to perform the duties of one's profession generally, or to perform a particular professional task, with skill of an acceptable quality*”). Nel 2016 appare **Professionalism (2016)**, termine che indica “il livello di abilità, buon giudizio e comportamento educato previsto da persone addestrate a fare bene il loro lavoro” (testo originale: “*The level of skill, good judgment, and polite behavior expected from people trained to do their jobs well*”). Le *key words* relazionate sono: *medical professionalism, professionalization, protoprofessionalism, professional performance, professional standards*. Si associa ai concetti di qualità della cura, educazione, etica, morale, filosofia, umanesimo tra altri (sempre in PubMed).

### 1.2.1 La ricerca bibliografica sul *professionalism*: il percorso svolto

Si realizza la ricerca in relazione al *professionalism* associando *medical* come termine MeSH per restringere e focalizzare le pubblicazioni, essendo, come si è visto, un costrutto complesso, che non risponde ad un'unica definizione e che tuttavia ha un *core value* condiviso da tutti i professionisti della salute, come il rispetto e l'essere onesti (Cruess, 2014). Nonostante poi la ricerca empirica si apra a tutti i professionisti per non togliere l'opportunità di lasciare una traccia della loro storia, la ricerca bibliografica restringe per poter focalizzare a una categoria e per poter vedere se emergono

---

<sup>17</sup> MeSH (*Medical Subject Headings*) è un vocabolario di oltre 29.000 termini, prodotto e gestito dalla *National Library of Medicine* (NLM), utilizzato nell'indicizzazione degli articoli delle riviste biomediche di PubMed/Medline ed anche altri archivi della NLM, avviato nel 1986 per la creazione di un linguaggio medico accessibile universalmente attraverso i sistemi informativi computerizzati.

relazioni con il *care* e *self-care*, si riduce ai medici specializzandi. Infatti, se si cerca “*professional competence*” solo in PubMed risultano 135, 329 articoli, la necessità di restringere pertanto diventa parte del metodo di ricerca.<sup>18</sup>

Si è svolta la ricerca con un processo iterativo, in una prima fase nel luglio 2020, poi aggiornata in marzo 2021. Alcuni passaggi effettuati durante la ricerca:

- parole chiave utilizzate: *medical professionalism* (come termine MeSH) *internship and residency* (come termine Mesh) anche *definition* per ridurre un po’ i risultati;
- poi, mediante le bibliografie incrociate, sono stati considerati autori che vengono spesso citati, che hanno più di due pubblicazioni sul tema, come Birden, che pubblica una meta-sintesi sul tema, in particolare il suo obiettivo è di vedere come viene concettualizzato il *professionalism* dai medici e dagli studenti e come questo concetto si è sviluppato nella letteratura negli ultimi dieci anni. Vi sono alcuni autori, come Richard Cruess, Sylvia Cruess, Linda Snell e Yvonne Steinert che pubblicano da ormai due decenni sul tema e anche come co-autori (2014).
- Si è fatta poi un’analisi per riviste; per esempio, *Academic Medicine* pubblica molto sul *professionalism*, sull’identità professionale e su come si forma.

Criteri di inclusione: tutti gli articoli che presentino ricerca empirica, messe a punto teoriche sul *medical professionalism*. Si sono mantenuti volutamente ampi i criteri di selezione su una letteratura molto eterogenea.

Criteri di esclusione: articoli sul *professionalism* che si focalizzano su un unico attributo del *professionalism* o su una specialità in particolare, o su insegnamento e valutazione del *professionalism*, sono stati esclusi.

*Hand searching* nelle seguenti riviste:

*Medical Teacher*

*Medical Education*

*Academic Medicine*

---

<sup>18</sup> Questa ricerca era stata progettata inizialmente come una *scoping review*, ossia una revisione focalizzata, e si è presentata al Best Evidence Medical Education (BEME) con il titolo: *Professionalism and self-care in residents’ education. A scoping review*. Questa ricerca è ancora in fase di realizzazione; il primo feedback ricevuto è che il tema è estremamente rilevante e di focalizzare ulteriormente essendo la letteratura molto vasta, quando invece una *scoping review* approfondisce un tema molto specifico.



Questa ricerca ha confermato gli *autori più autorevoli sul tema*, permettendo di identificarli. Si è conteggiato anche quante volte vengono citati i paper di questi autori in altre pubblicazioni sul tema, constatando che Birden è il più citato.

Attraverso le bibliografie incrociate si sono anche individuati alcuni documenti che vengono stabiliti dalle commissioni che definiscono gli standard che devono seguire i programmi di formazione e che sono dei riferimenti per ogni autore sul *professionalism*. Essendo la formazione dei medici specialisti un aspetto critico per la società, ogni paese ha delle commissioni che vigilano sugli standard per una formazione integra e di qualità. Ad esempio, in Canada è il Royal College<sup>19</sup>, un'associazione professionale nazionale fondata nel 1929 da una legge speciale del Parlamento per supervisionare l'istruzione medica post-laurea. Garantisce che la formazione e la valutazione degli specialisti medici e chirurgici raggiungano i più alti standard. Spesso gli stessi autori autorevoli sono membri delle commissioni in relazione alla loro specialità di appartenenza, ad esempio Linda Snell, esperta in *competency based training*, è un medico educatore, membro del Royal College.

Le commissioni che hanno generato documenti che rappresentano pietre miliari riguardo la formazione della competenza professionale sono le seguenti: *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*<sup>20</sup>, 1999; *American Academy of Pediatrics (AAP) and American Boards of Pediatrics (ABP): Teaching and assessing professionalism*<sup>21</sup>; *American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*, 2002<sup>22</sup>; *Royal College of Physician and Surgeon del Canada*, 2015<sup>23</sup>.

---

<sup>19</sup> <https://www.royalcollege.ca/>

<sup>20</sup> [www.acgme.org](http://www.acgme.org)

<sup>21</sup> <https://www.abp.org/professionalism-guide>

<sup>22</sup> <https://abimfoundation.org/what-we-do/medical-professionalism>

<sup>23</sup> <https://www.royalcollege.ca/>

### 1.2.2 Documenti e autori di riferimento sul *professionalism*

La grande quantità di materiale ha portato a identificare i documenti fondamentali (*pivotal*) sul tema. Vi sono alcuni documenti che sono riferimenti per ogni autore sul *professionalism*. Si selezionano quelli che sono maggiormente ripetuti negli articoli, documenti che rappresentano pietre miliari, e autori riconosciuti a livello internazionale in *medical education*, con ruoli<sup>24</sup> anche specifici sul *professionalism*.

- a. Hippocratic Oath, 460-377 a.C.: il documento cardine sul professionalismo
- b. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), 1999
- c. American Board of Internal Medicine Foundation, “The Physician Charter”, 2002
- d. Epstein Ronald, 2002, pubblica sul *JAMA* una messa a punto teorica sulla competenza professionale
- e. Cruess Sylvia, 2004, pubblica sulla rivista *Virtual Mentor* una messa a punto teorica
- f. Stern DT, “Measuring Medical professionalism”. New York: Oxford University Press, 2006
- g. Kirk Lynne, 2007, pubblica sul *Proceedings (Baylor University Medical Center)* una messa a punto teorica
- h. Birden Hudson, 2014, pubblica sul *Medical Teacher* una revisione sistematica
- i. Ludwig Stephen, 2014, pubblica su “*Academic Pediatrics* una messa a punto teorica
- j. Royal College of Physician and Surgeon del Canada, 2015: definizione competenze
- k. American Academy of Pediatrics (AAP) and American Boards of Pediatrics (ABP): *Teaching and assessing professionalism*, 2016.

Tra tutti i documenti sopra citati, la definizione del Royal College del 2015 rappresenta per il presente lavoro un punto di svolta importante, per la prima volta si introduce il *self-care* che appare come *well-being*, benessere del residente. A partire da questa data entra nelle discussioni sul *professionalism* il tema *burnout*, la riflessione porta a cercare una correlazione tra il benessere del medico e il suo comportamento professionale.

---

<sup>24</sup> Alcuni di questi autori sono direttori o vice dean in *professionalism*, con ruoli direttivi in *medical education*, come ad esempio Stephen Ludwig, pediatra presso il Children Hospital di Philadelphia, o Linda Snell educatore medico presso il Royal College in Canada.

Esporremo di seguito i documenti sopra citati in ordine cronologico. Laddove possibile, verranno riportati i testi in lingua originale, secondo il principio di mantenersi quanto più possibile fedele alle parole utilizzate dall'autore (Mortari, 2017). È una scelta metodologica dovuta anche al fatto che spesso la traduzione non sempre permette di mantenere la ricchezza espressiva di un concetto teorizzato e nato in altro contesto (essendo inoltre il costrutto sensibile agli aspetti culturali e sociali specifici di un paese), come ad esempio la parola *accountability* che di solito si traduce in italiano con responsabilità. Come si è visto in questo contesto, nell'ambito della *medical education* spesso i termini utilizzati non si traducono. Di ogni testo si riportano le definizioni relative a *professionalism* o una sintesi mirata (nel caso di revisioni sistematiche, ad esempio) ed eventuali nostri commenti.

a. *Hippocratic Oath, 460-377 a.c.*

Tutti i testi e pubblicazioni che parlano di *professionalism* partono dal Giuramento Ippocratico, che è stato esaminato, studiato nei secoli e tradotto in tutte le lingue, ed è stato oggetto di diverse versioni durante i secoli. È un testo che ha ispirato i codici di deontologia medica, i codici internazionali di etica, i giuramenti professionali, e ancor oggi nelle scuole di medicina si declama in cerimonie che rappresentano veri riti di iniziazione per i futuri medici (Di Cioccio, 2002). Qui si riporta la versione moderna, scritta dal Dr. Lasagna, Preside della scuola di Medicina della Tufts University nel 1964,<sup>25</sup> dove il linguaggio viene modernizzato anche a favore di una migliore comprensione da parte degli studenti e medici attuali. Si riporta la traduzione in italiano. Come si può vedere, il testo di Ippocrate contiene già dal quinto secolo avanti Cristo tutti gli elementi che dovrebbero ispirare il medico e tutti i professionisti della salute di oggi. Nella sua essenza definisce la responsabilità e impegno che il medico prende con sé stesso, la persona, la comunità e con la sua professione. Non appare invece in questo giuramento l'aspetto del *self-care*; infatti, è focalizzato sin dalle sue radici sulla relazione con la persona e l'esercizio etico della professione.

---

<sup>25</sup> [https://www.medicinenet.com/hippocratic\\_oath/definition.htm](https://www.medicinenet.com/hippocratic_oath/definition.htm)

Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:

- di esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione;
- di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica, il trattamento del dolore e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della dignità e libertà della persona cui con costante impegno scientifico, culturale e sociale ispirerò ogni mio atto professionale;
- di curare ogni paziente con scrupolo e impegno, senza discriminazione alcuna, promuovendo l'eliminazione di ogni forma di disegualianza nella tutela della salute;
- di non compiere mai atti finalizzati a provocare la morte;
- di non intraprendere né insistere in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, senza mai abbandonare la cura del malato;
- di perseguire con la persona assistita una relazione di cura fondata sulla fiducia e sul rispetto dei valori e dei diritti di ciascuno e su un'informazione, preliminare al consenso, comprensibile e completa;
- di attenermi ai principi morali di umanità e solidarietà nonché a quelli civili di rispetto dell'autonomia della persona;
- di mettere le mie conoscenze a disposizione del progresso della medicina, fondato sul rigore etico e scientifico della ricerca, i cui fini sono la tutela della salute e della vita;
- di affidare la mia reputazione professionale alle mie competenze e al rispetto delle regole deontologiche e di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il decoro e la dignità della professione;
- di ispirare la soluzione di ogni divergenza di opinioni al reciproco rispetto;
- di prestare soccorso nei casi d'urgenza e di mettermi a disposizione dell'Autorità competente, in caso di pubblica calamità;
- di rispettare il segreto professionale e di tutelare la riservatezza su tutto ciò che mi è confidato, che osservo o che ho osservato, inteso o intuito nella mia professione o in ragione del mio stato o ufficio;
- di prestare, in scienza e coscienza, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della professione”.

**Box 1** – Il Giuramento di Ippocrate (Di Cioccio, 2002), tradotto da Lasagna

*b. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) core competencies in Professionalism, 1999*

La ACGME, in collaborazione con le istituzioni sanitarie e accademiche, è responsabile della valutazione e accreditamento dei programmi delle specialità mediche negli

Stati Uniti per assicurare la qualità dell'assistenza medica. Nel 1999, approva sei competenze che il medico dovrebbe dimostrare di avere: “*Patient Care, Medical Knowledge, Professionalism, Interpersonal and Communication Skills, Practice-based Learning and Improvement, and Systems-based Practice*”.

Si riporta di seguito la definizione di *professionalism* presente in questo documento.

I medici specializzandi devono dimostrare un impegno nello svolgere le loro responsabilità professionali, aderenza ai principi etici, e la sensibilità a una popolazione di pazienti diversi.

Sono tenuti a:

- Dimostrare rispetto, compassione e integrità; una risposta ai bisogni dei pazienti e della società che sostituisce l'interesse personale, la responsabilità verso i pazienti, la società e la professione; e un impegno per l'eccellenza e lo sviluppo professionale continuo.
- Dimostrare un impegno verso i principi etici relativi alla fornitura o rifiuto di cure cliniche, riservatezza delle informazioni dei pazienti, consenso informato e pratiche private.
- Dimostrare sensibilità e di considerare e rispettare la cultura dei pazienti, l'età, il genere e le disabilità e l'orientamento sessuale.

**Box 2** – La definizione di *professionalism* della ACGME.<sup>26</sup>

c. *Physician Charter, 2002*

Questo documento ha rappresentato un'altra *milestone* per la riflessione sul *professionalism*; infatti, si può vedere che, a partire da questo documento, sono stati poi pubblicati numerosi articoli sul tema. Si riporta il testo tradotto<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Si veda [www.acgme.org](http://www.acgme.org). Testo originale: *Residents must demonstrate a commitment to carrying out professional responsibilities, adherence to ethical principles, and sensitivity to a diverse patient population. Residents are expected to: Demonstrate respect, compassion, and integrity; a responsiveness to the needs of patients and society that supersedes self-interest, accountability to patients, society, and the profession; and a commitment to excellence and on-going professional development. Demonstrate a commitment to ethical principles pertaining to provision or withholding of clinical care, confidentiality of patient information, informed consent, and business practices. Demonstrate sensitivity and responsiveness to patients' culture, age, gender, and disabilities and sexual orientation.*

<sup>27</sup> Testo originale: *Three fundamental principles.*

Tre principi fondamentali:

- Il primato del benessere del paziente: questo principio si concentra sull'altruismo, la fiducia e l'interesse del paziente. La Carta afferma: "Le forze di mercato, le pressioni sociali e le esigenze amministrative non devono compromettere questo principio".
- Autonomia del paziente. Questo principio incorpora l'onestà con i pazienti e la necessità di educare e responsabilizzare i pazienti a prendere decisioni mediche appropriate.
- Giustizia sociale. Questo si riferisce al contratto sociale e alla giustizia distributiva, cioè, considerando le risorse disponibili e le esigenze di tutti i pazienti, mentre si prende cura di un singolo paziente.

Vengono definite dieci responsabilità professionali dalla Carta sul comportamento professionale:

- Impegno per la competenza professionale
- Impegno per l'onestà con i pazienti
- Impegno alla riservatezza dei pazienti
- Impegno a mantenere relazioni appropriate con i pazienti
- Impegno a migliorare la qualità delle cure
- Impegno a migliorare l'accesso alle cure
- Impegno per una giusta distribuzione delle risorse limitate

---

*The primacy of patient welfare: This principle focuses on altruism, trust, and patient interest. The charter states: "Market forces, societal pressures, and administrative exigencies must not compromise this principle".*

*-Patient autonomy. This principle incorporates honesty with patients and the need to educate and empower patients to make appropriate medical decisions.*

*-Social justice. These principal addresses physician's societal contract and distributive justice—that is, considering the available resources and the needs of all patients while taking care of an individual patient.*

*Ten Professional responsibilities defined by the charter on professionalism:*

*1-Commitment to professional competence*

*2-Commitment to honesty with patients*

*3-Commitment to patient confidentiality*

*4-Commitment to maintaining appropriate relations with patients*

*5-Commitment to improving quality of care*

*6-Commitment to improving access to care*

*7-Commitment to a just distribution of finite resources*

*8-Commitment to scientific knowledge*

*9-Commitment to maintaining trust by managing conflicts of interest*

*10-Commitment to professional responsibilities*

- Impegno per la conoscenza scientifica
- Impegno a mantenere la fiducia gestendo i conflitti di interesse
- Impegno per le responsabilità professionali

**Box 3** – La definizione di *professionalism* della Carta sul Comportamento Professionale (*Physician charter*, Ann Intern Med 2002; 136:243-6)

d. *Epstein, 2002*

Epstein definisce il *professionalism*:

“La competenza professionale è 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”<sup>28</sup>.

Inoltre, Epstein sottolinea il fatto che è una competenza che si sviluppa nel tempo, che non è stabile, si modifica durante la vita professionale, e ha bisogno di una costante preoccupazione e attenzione da parte del professionista. Infatti, l'assenza di *self-care* può portare a *burnout* che deteriora la stabilità del *professionalism* (Epstein, 2002).

e. *Cruess, 2004*

Definizione che si può ricavare dal testo di Cruess:

“La professionalità è fondamentale per il contratto sociale (...). La professionalità è alla base del contratto e delle aspettative della professione di medico. Aspettative sociali

---

<sup>28</sup> “*Professional competence is the habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflection in daily practice for the benefit of the individual and community being served.*”

della medicina: i servizi del guaritore, garantire competenza, un servizio altruistico, moralità e integrità, la promozione del bene pubblico, trasparenza, responsabilità<sup>29</sup>

Cruess riporta l'aspetto del contratto sociale e definisce le aspettative della società alle quali il medico deve rispondere (Cruess & Cruess, 2004).

f. Stern, 2006

Stern pubblica il libro: *Measuring Medical professionalism*. New York: Oxford University Press, 2006. Definizione che si ritrova nel testo: “La professionalità è dimostrata attraverso una base data dalla competenza clinica, dalla capacità di comunicazione e dalla comprensione etica, su cui è costruita l'aspirazione e la saggia applicazione dei principi della professionalità: eccellenza, umanesimo, responsabilità e altruismo”<sup>30</sup>.



Si riporta il classico schema di Stern, molto conosciuto e utilizzato nell'ambito medico, in quanto sintetizza molto bene gli elementi cardine del *professionalism* definito da Stern. Viene rappresentato come un tempio alla cui base si trova: la competenza clinica, intesa come conoscenza scientifica, le abilità comunicative, la capacità di comprendere gli aspetti etici e legali della professione. Inoltre, il tempio è sostenuto da quattro colonne: eccel-

<sup>29</sup> “Professionalism is fundamental to the social contract. [...] Professionalism is the basis of the contract and of the expectations of the profession of medicine. Societal expectations of medicine: The services of the healer, Guaranteed competence, Altruistic service, Morality and integrity, Promotion of the public good, Transparency, Accountability”.

<sup>30</sup> “Professionalism is demonstrated through a foundation of clinical competence, communication skills, and ethical understanding, upon which is built the aspiration to, and wise application of the principles of professionalism: excellence, humanism, accountability, and altruism”.



g. *Kirk, 2007*

Kirk parte dalla definizione di Epstein e ne discute altre. L'obiettivo del suo articolo è di rivedere la definizione di *professionalism*. Relaziona i valori del *professionalism* con specifici comportamenti:

- “Responsabilità: esecuzione dei compiti assegnati, arriva in tempo.
- Maturità: accetta la colpa per gli errori, non fa richieste inappropriate, non è abusivo e critico in tempi di stress.
- Capacità di comunicazione: ascolta bene, non è ostile, o disprezza o è sarcastico, non è rumoroso o dirompente.
- Rispetto: mantiene la riservatezza del paziente, è paziente, è sensibile ai bisogni fisici ed emotivi, non è prevenuto, non discrimina. <sup>31</sup>(Kirk, 2007)

h. *Birden, 2014*

Birden presenta una serie di definizioni relative a diversi autori in una revisione sistematica:

“La medicina è una vocazione, non solo un'occupazione (Swick 2000), un'identità, non solo un insieme di competenze e conoscenze (Wagner 2007), e quindi una definizione di professionalità dovrebbe forse essere un concetto multidimensionale (Van de camp et al. 2004) che evolve per soddisfare le mutevoli esigenze del contratto della profes-

---

<sup>31</sup> “*Responsibility: Follows through on tasks, Arrives on time. Maturity: Accepts blame for failure, doesn't make inappropriate demands, is not abusive and critical in times of stress. Communication skills: listens well, is not hostile, derogatory, sarcastic, is not loud or disruptive. Respect. Maintains patient confidentiality, is patient, is sensitive to physical/emotional needs, is not biased/discriminatory. Conclusions: Professionalism is an important component of medicine's contract with society. Not only do we need to make good decisions for our patients based on the evidence in the literature, but we need to apply those decisions in a way that is professional and ultimately helps our patient. Jordan Cohen, MD, made this statement: “The physician professional is defined not only by what he or she must know and do, but most importantly by a profound sense of what the physician must be.”*”

sione medica con la società, un continuum che evolve con la crescita personale attraverso la formazione medica e oltre”<sup>32</sup> (Birden, 2014). Birden conclude la revisione sistematica dicendo che gli sforzi per definire (o insegnare o valutare) il professionismo servono come *driver* ulteriori per il cambiamento. Mentre ci sono stati molti tentativi di definizione, nessuno è stato standardizzato o si è arrivati ad un accordo universale. Secondo Birden una definizione è necessaria per trasmettere significato sia a chi fa parte della professione, conferendo un'identità condivisa, sia a chi è al di fuori del campo, in particolare al pubblico laico, per identificare ciò a cui la professione è dedicata e ciò che essa valorizza. Inoltre, una definizione è anche una base fondamentale per la valutazione degli studenti di medicina e per la valutazione delle prestazioni nei professionisti (Stern, 2006).

i. *Ludwig 2014*

Ludwig, pediatra del Children's Hospital di Philadelphia e professore presso la Temple University School of Medicine a Philadelphia (con il quale ho avuto l'onore di poter conversare sul tema), focalizza la sua attenzione sul fatto che l'acquisire un adeguato livello di professionalismo è un percorso lungo e che ha bisogno di impegno e formazione costante per mantenersi nel tempo.

Definisce il *professionalism* come segue:

“La professionalità è al centro di tutto quello che facciamo e di tutto quello che diventiamo come medici. È fondamentale per il nostro impegno nei confronti dei pazienti, delle nostre istituzioni mediche, delle nostre comunità e di noi. La professionalità comprende molto più di quello che in genere pensiamo come condotta professionale. Quindi, oltre alla condotta, vengono evidenziati tre temi aggiuntivi: professionalizzazione, umanesimo e competenza cultu-

---

<sup>32</sup> “*Medicine is a calling, not just an occupation (Swick 2000), an identity, not just a set of skills and knowledge (Wagner 2007), and so a definition of professionalism should perhaps be a multi-dimensional concept (Van de camp et al. 2004) that evolves to meet the changing needs of the medical profession's contract with society, a continuum that evolves with an individual's growth through medical training and beyond (Woodruff et al. 2008)*”.

rale. Sviluppare e mantenere un codice di condotta, l'identità professionale, l'impegno per l'umanesimo, e la comprensione di diverse culture e background richiede tempo e fatica non solo all'inizio della propria carriera, ma per tutto l'arco della propria pratica professionale”<sup>33</sup> (Ludwig, 2014).

In una pubblicazione del 2020 definisce la competenza professionale come segue: “La professionalità è un processo di sviluppo permanente che informa una pratica efficace, etica e sicura delle capacità di guarigione”. In questa definizione l'enfasi è sul comportamento professionale come un *lifelong process*. Non è qualcosa che si possa dire di aver raggiunto, ma è una tensione, un impegno, un valore da mantenere e a cui tendere per tutta la vita.

*L. Royal College of Physician and Surgeon del Canada, 2015*

Il Royal College è un collegio di medici, un'organizzazione senza scopo di lucro, istituito nel 1929 da una legge speciale del Parlamento per la supervisione e la formazione di medici specialisti in Canada. Anche in questo caso ho avuto l'onore di conoscere la Dottoressa Linda Snell, medico internista della McGill University e *clinical educator*, esperta sul tema, che ha partecipato alla definizione delle competenze core che vengono rappresentate come un fiore, dove ogni petalo rappresenta una competenza.

Nel documento pubblicato nel 2015 appare per la prima volta, in relazione alla competenza *professionalism*, il concetto di *self-care*:

---

<sup>33</sup> “Professionalism is at the heart of all we do and all we become as physicians. It is central to our commitment to patients, our medical institutions, our communities, and to us. Professionalism encompasses so much more than what we typically think of as professional conduct. Hence, in addition to conduct, three additional themes are highlighted: professionalization, humanism, and cultural competence. Developing and maintaining a code of conduct, professional identity, commitment to humanism, and understanding of varied cultures and backgrounds takes time and effort not only at the outset of one's career but throughout the entire span of one's professional practice”.

“In quanto professionisti, i medici sono impegnati per la salute e il benessere di ogni singolo paziente e della società attraverso una pratica etica, un elevato standard del comportamento personale, la responsabilità per la professione e la società, per le regolamentazioni, e per mantenere la salute personale”.

Si dettaglia in relazione a impegno verso sé stessi: capacità di auto-regolazione, inclusa la valutazione e il monitoraggio dei propri pensieri, comportamenti, emozioni e attenzione per prestazioni e benessere ottimali. (...) Approccio consapevole e riflessivo alla pratica. (...)

Responsabilità verso sé stessi, inclusa la cura personale, per servire gli altri”<sup>34</sup>(Frank et al., 2015).

Questo documento è la base su cui si sviluppano percorsi di formazione a livello di specialità a livello internazionale. Anche in Cile è il *framework* di riferimento per i programmi di specializzazione medica.

*m. American Academy of Pediatrics (AAP) and American Boards of Pediatrics (ABP)*

American Board of Pediatrics. Education and Training Committee Teaching, Promoting and Assessing Professionalism Across the continuum: A Medical Educator’s Guide. L’American Board of Pediatrics (ABP) è l’organizzazione non-profit dedicata al servizio dei bambini certificando che un pediatra è informato e continua a formarsi nel corso del tempo (educazione continua).

Nella definizione presente in questa guida si fa riferimento alla pubblicazione di Stern del 2006.

---

<sup>34</sup> “As Professionals, physicians are committed to the health and well-being of individual patients and society through ethical practice, high personal standards of behavior, accountability to the profession and society, physician-led regulation, and maintenance of personal health. Commitment to self. Applied capacity for self-regulation, including the assessment and monitoring of one’s thoughts, behaviors, emotions, and attention for optimal performance and well-being. (...) Mindful and reflective approach to practice. (...) Responsibility to self, including personal care, to serve others”.

Si riportano sotto gli indicatori, e si può vedere come questa guida riprenda gli aspetti sul *self-care* che appaiono nel documento del Royal College. In particolare, si presentano tre punti legati allo stress e al suo impatto sul *professionalism*: le responsabilità professionali, l'auto coscienza, l'equilibrio tra gli impegni personali e professionali.

Attraverso i documenti analizzati, emerge come vi sia un aspetto *core* del *professionalism* determinato dalla *relazione* con la persona, nella quale il medico dovrebbe dimostrare un atteggiamento compassionevole ed empatico. Il comportamento professionale è anche caratterizzato dal forte *impegno* con la società e la professione, tanto che alcuni autori parlano di contratto sociale. In relazione al nostro quesito di ricerca, si vede come il *self-care* sia un aspetto che inizia ad apparire nel 2015 e che viene rapidamente recepito dagli autori che seguono. Ma è solo con la situazione pandemica che il *self-care* trova più spazio negli studi, diventa oggetto di ricerca, si parla di *well-being* per i professionisti della salute, anche se spesso non si traduce in progetti stabili, ma si risolve con corsi di *mindfulness* e non con una reale formazione o spazio per il benessere in particolare per i futuri medici o specialisti, sottoposti in genere a curricula molto esigenti e a ritmi di lavoro intensi, in un ambiente spesso conflittuale e difficile. A livello ospedaliero il recepire il *self-care* come parte della missione istituzionale non si traduce per ora in iniziative strategiche e con impatto a lungo termine. Vi sono iniziative individuali o di gruppi, come ad esempio le infermiere durante il periodo della pandemia (Ayanian, 2020).

Dai documenti analizzati si possono identificare alcune parole/concetti che si situano al cuore del *professionalism*, che emergono dalle definizioni prese in esame e che ne evidenziano tre ambiti:

- *Responsabilità*: contratto sociale, eccellenza, ma anche impegno
- *Umanesimo*: rispetto, onestà, integrità e solidarietà.
- *Self-care*: soprattutto auto coscienza e riflessione.

Si ricorda che, come termine MeSH, si relazionava con qualità, educazione, etica, morale, filosofia e umanesimo.

La seguente definizione ci sembra che riassume gli aspetti sopra indicati come trasversali a diverse definizioni di *professionalism*:

“Il medico professionista è definito non solo da ciò che lui o lei deve sapere e fare, ma soprattutto da un senso profondo di ciò che il medico deve essere” (Kirk, 2007).

Riteniamo che questa definizione di Kirk possa essere condivisa anche dagli altri professionisti della salute. Chi si impegna in particolare su quest’aspetto sono le infermiere nordamericane, che definiscono il *professionalism* in base ai seguenti valori: onestà, integrità, rispetto, impegno e responsabilità.

La seguente è la definizione dell’*American Nurses Association*:

“La professionalità nell’assistenza infermieristica significa fornire cure di alta qualità ai pazienti, e allo stesso tempo garantire i valori di responsabilità, rispetto e integrità”, Aug. 2017<sup>35</sup>.

Se si analizzano i codici di etica professionale, che cercano di tradurre in comportamenti osservabili i valori che ispirano le professioni della salute, si centrano in promuovere la salute, prevenire la malattia, contribuire al recupero della salute e ad alleviare la sofferenza; inoltre, a dimostrare rispetto dei diritti umani, dei diritti culturali e del diritto alla vita.

Vi sono quattro aspetti che emergono: trattare la persona con umanità ed empatia, l’integrità morale come persona e funzionario, l’aver le conoscenze e le competenze, favorire il lavoro di squadra con i colleghi. Si costruisce nel contesto clinico attraverso la conversazione sui valori, inoltre, i comportamenti non accettabili dovrebbero essere sanzionati per esplicitare e renderne visibile l’importanza soprattutto alle persone che si stanno formando (Ludwig, 2014).

---

<sup>35</sup> <https://www.nursingworld.org/~4989de/globalassets/practiceandpolicy/scope-of-practice/3sc-booklet-final-2017-08-17.pdf>

Il *Nursing and Midwifery Council* della Gran Bretagna<sup>36</sup> identifica sei elementi che mostrano il comportamento professionale. In nota si riportano le specificazioni per essere un buon professionista, ossia il mostrare certi comportamenti in quanto il *professionalism* dipende dalla situazione e dal contesto. Inoltre, è disponibile tutta una serie di risorse per l'educazione continua.

1. *Advocate for patients*
2. *Communicate effectively*
3. *Work as a team*
4. *Keep a positive attitude*
5. *Deliver top quality care*
6. *Maintain your integrity*<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> <https://www.nmc.org.uk/>

<sup>37</sup> Il seguente materiale si ritrova nel web site delle infermiere inglesi. È così ricco e completo che ci è sembrato opportuno riportarlo integralmente e con i link che permettono alle infermiere, soprattutto le più giovani, di approfondire e di essere accompagnate in un concreto percorso di apprendimento professionale (*lifelong learning*). Emerge una esplicita intenzione di creare una comunità e di fornire appoggio. È un buon esempio di come creare rete e collaborazione tra professionisti. Vi è un esplicito orientamento e il tono è positivo, mai punitivo. Emerge una evidente intenzione formativa.

**1. Put patients first**

*It's important not only to uphold the rights of patients—but also to treat them with kindness, respect, and compassion. You should of course view every patient as an individual and listen to their particular concerns and preferences. Be sure to act in the best interests of your patients at all times and be prepared to serve as an advocate for them when their health needs diverge from their family's expectations.*

**2. Communicate effectively**

*Nursing professionals should [communicate clearly and effectively](#) at all times. When speaking with patients and their caregivers, use terms they can easily understand. Also, be willing to take reasonable steps to meet an individual's language and communication needs (e.g., bring in a translator). Communicating effectively also means keeping clear and accurate patient records and practicing good interprofessional teamwork and handoff skills.*

**3. Collaborate with and mentor others**

*Working as a nurse means acting as part of a team, so it's important to have a collaborative attitude and value the contributions of others. You should be open to receiving advice and constructive criticism, and you should also feel comfortable offering your colleagues both praise and constructive feedback on their work. Sharing knowledge and insights with your peers creates a more educated and effective team. Offering to [mentor](#) a colleague or student can also deepen the bonds within a team and serve as a professional growth experience for all.*

**4. Maintain a positive attitude**

Riteniamo che, attraverso questo lavoro di analisi critica dei principali documenti/papers sul *professionalism*, emerga come non sia necessario arrivare a una definizione con pretese di valore universale, in quanto il comportamento professionale come si è visto, ha un nucleo condiviso, ma che dipende anche dal contesto, la cultura, i valori e la società.

Proprio perché il *professionalism* si concretizza attraverso i comportamenti in un contesto specifico, sono necessari indicatori specifici per insegnare e valutare il *professionalism* (Al-Eraky, 2015). È una competenza che ha un forte impatto su tutte le altre e non si mantiene stabile nel tempo. Piuttosto, è preferibile arrivare a una chiarificazione concettuale, come si è tentato in questo capitolo, attraverso l'analisi dei documenti e autori autorevoli sul tema.

Si è visto come vi sia una profonda riflessione a livello teorico ma che non si traduce spesso nei relativi comportamenti. Ogni realtà accademica, ospedaliera pubblica o privata, ogni luogo di lavoro dovrebbe arrivare a una definizione condivisa di *professionalism* per poter assicurare adesione ai valori da parte dei professionisti ed avere così alti standard in relazione al comportamento professionale, sapendo che, nell'ambito sanitario, tali standard hanno un impatto sulla salute della persona e sul clima di lavoro. Inoltre, visto che non si mantiene stabile nel tempo, ogni istituzione dovrebbe stabilire dei momenti di incontro e riflessione sul tema con tutti i membri del gruppo di lavoro

---

*To succeed as a nurse, it's important to maintain a positive attitude. Patients look to you not only for excellent care, but also for emotional support. You will face many challenges on the job, and you won't do everything perfectly—no one can. But don't get weighed down by [negative self-talk](#), as this can take a toll on your mental health and your ability to best help patients.*

#### **5. Uphold the standard of care**

*Of course, you must always deliver evidence-based care by keeping your knowledge and skills up to date. You can help prevent medical errors by tapping into a wide knowledge base and making sure that any care you deliver or advice you offer is informed by research. You can also expand your understanding of your specialty area by [joining a nursing association](#) or investing in [advanced education](#).*

#### **6. Be accountable and honest**

*It's important for nursing professionals to maintain their integrity by taking personal responsibility and holding themselves accountable for any mistakes. Not only should you stay actively engaged in the care process—you also need to recognize your own limitations and ask for help when you need it. When you make a mistake, offer solutions for correcting it. For example, if you realize you've made an error on a patient record, it's important that you tell the necessary personnel and have it corrected.*



professionale, con discussione di casi o incidenti critici o analizzando informazioni che emergono dai *mass media* e dall'opinione pubblica (Ludwig, 2020). Questo anche per poter dare una risposta alla profonda crisi che le professioni della salute stanno vivendo, da molti anni, in particolare quella medica, in relazione al comportamento professionale e all'adesione dei valori che caratterizzano la professione.

Ci piacerebbe chiudere questa parte teorica sul *professionalism* con questa riflessione di Cohen, che riporta l'attenzione al cuore del discorso, ossia sulla persona come centro e valore assoluto:

“Humanism is the passion that drives professionalism” (Cohen, 2006).

Nel paragrafo 1.4 e successivi si approfondirà sulla definizione di *professionalism* in relazione al *care* e *self-care* nello specifico per i medici specializzandi. Si decide di ricercare con la parola chiave specifica sui medici specializzandi per poter focalizzare su un professionista, in quanto si è visto che, se si lascia la ricerca aperta, non si trovano articoli relativi alla domanda di ricerca, la letteratura è così vasta che il risultato diventa poco utile. Infatti, quando, non si restringe, *care* e *self-care* riportano ad articoli che affrontano temi soprattutto in relazione all'assistenza al paziente, alla cura e all'educazione della persona, ad aspetti più legati alla pedagogia e andragogia. Quindi, come suggerito dal team BEME (come detto sopra), si cerca di restringere avendo già chiarito come il *professionalism* riporti ad un *core value* condiviso dai diversi professionisti della salute.

Naturalmente, poiché negli anni più recenti la riflessione sul *professionalism* è stata più esplicitamente collegata alla capacità di *care* e *self-care*, alcuni documenti e autori si ripeteranno con quanto già detto in questo paragrafo.

Prima di entrare nella letteratura biomedica sul tema *care* e *self-care* in relazione al *professionalism*, è ora necessario approfondire da un punto di vista teorico le definizioni di *care* e *self-care*.

### 1.3 *Care e self-care per una vita buona ed etica*

*Un solo atomo di passione per il bene è bastate per generare  
quella sensibilità etica che può salvare l'esperienza*  
(Luigina Mortari)<sup>38</sup>

Si è visto come al cuore del comportamento professionale si situi l'aver cura dell'altro e, nelle definizioni più recenti, il considerare anche la cura di sé stessi. Dal momento che il *professionalism* è un costrutto complesso che si vincola strettamente con il *care* e con il *self-care*, è essenziale qui enucleare un chiarimento di questi temi che compongono la linea di orizzonte a partire dalla quale interpretare la relazione fra *care*, *self-care* e *professionalism*, considerando che i primi due aspetti sono costitutivi dell'essenza di quest'ultimo. Infatti, il comportamento professionale per essere riconosciuto come tale si manifesta con il rispetto per l'altro, l'empatia, la capacità di lavorare in team, una buona comunicazione e il sapersi prendere cura di sé. La letteratura di riferimento sul *care*, in particolare nell'ambito dell'infermieristica, è molto vasta. Tuttavia, per questo lavoro, si prenderà come *framework* di riferimento la teoria sul *care* e *self-care* elaborata da Mortari che propone una solida concettualizzazione partendo dal pensiero socratico (Mortari 2006, 2019). In questo caso non si realizza, come per il *professionalism*, una revisione della letteratura biomedica.

Prima di procedere all'approfondimento dei due concetti si riporta una definizione sintetica che sembra essere quella che meglio riassume il pensiero di Mortari.

Per Cura (*Care*) si intende “il prendersi a cuore la vita così come essa è. La cura protegge la vita e coltiva le possibilità di esistere. Tiene l'essere immerso nel buono” (Mortari, 2015, p.13).

Per Cura di sé (*Self-care*) “significa occuparsi del bene maggiore per l'essere umano, che consiste nel ragionare ogni giorno delle virtù e di tutte le questioni essenziali a dare forma a una vita buona” (Mortari, 2009, p.11).

In questo senso, come attività che protegge la vita, per Mortari la cura è un'azione e tensione costante, in movimento circolare, da sé stessi verso l'altro e viceversa; infatti,

---

<sup>38</sup> Mortari, 2019, p.41

“l’essere umano ha necessità di essere oggetto di cura, sia di aver cura” (Mortari, 2021, p.37). Poiché il dare forma all’esistenza è un atto mai concluso, la cura è il modo di esserci consustanziale alla vita stessa. Avere cura è il modo necessario dell’esserci” (Mortari, 2021, p.37).

Nella letteratura sanitaria, in particolare nelle scienze infermieristiche, il *care* è una dimensione centrale della relazione con la persona. Patricia Benner parla di “primarietà del *caring*” (Kalfoss, 2016); Mortari dice che la vita senza la cura non può fiorire (Mortari, 2013) e che per poter condurre una vita buona è necessario prendersi cura uno dell’altro (Mortari, 2019). Inoltre, Mortari vede la cura di sé vincolata alla cura per l’altro, in quanto la relazione di cura può diventare molto intensa sul piano emozionale (Mortari, 2013). Anche nell’ambito del *nursing* è recente l’attenzione alla cura di sé come condizione per esercitare un buon *caring* (Bukhardt, 2001; Stark, 2005). Infatti, una persona in una situazione di malessere psico fisico non può prendersi cura in modo ottimale di un altro. Durante l’epoca pandemica sono esplose le pubblicazioni di studi sul *self-care* per poter agire un *caring* responsabile e sicuro; il *self-care* riduce l’ansia, lo stress, minimizza la frustrazione, la rabbia e aumenta l’energia, tutti elementi critici per poter assistere una persona in uno stato di alta fragilità (Posluns, 2020).

Come il *professionalism* si situa in un preciso contesto culturale e cambia in relazione all’ambiente, anche la cura e l’auto cura variano in relazione alla società e ai valori (Mortari, 2006); ugualmente vi sono principi ispiratori che si possono identificare e che riportano agli universali della vita umana, in quanto sono esperiti da ciascun essere umano.

Si considera il *care* un aspetto essenziale della vita in quanto sin dalla nascita e in tutti i momenti del ciclo vitale la persona si trova in una condizione che rende necessaria la cura, in particolare nell’epoca attuale in cui, e non solo nell’ambito sanitario, vi sono alti livelli di problemi di salute mentale dovuti alla pandemia, a partire da uno stato ansioso, disturbi del sonno, depressione, stress post traumatico, panico sino al suicidio (Costa, 2022). Quindi vi è uno stato che si potrebbe dire generalizzato di alta

fragilità e di vulnerabilità che va oltre la debolezza ontologica di ogni essere umano<sup>39</sup>, e che rende evidente la necessità della cura per sé e per gli altri, in quanto ciascuno è insufficiente a sé stesso e in quanto siamo esseri intimamente relazionali. Pertanto, si impone la responsabilità per l'altro, il prendersi cura diventa una chiamata etica, un "prendersi a cuore la vita" (Mortari, 2019, p.14); inoltre "è lo scambio continuo di cura che rende possibile la vita, è una necessità prima e originaria dell'esserci, in questo senso la cura è l'etica dell'esserci" (ibidem, p.15). Nel sentire la propria fragilità e vulnerabilità e nel prendere atto della condizione di bisogno dell'altro si radica la cura per l'altro. La sfida sta nel trovare in che cosa consista la buona e giusta cura, tanto da profilarsi come un problema etico che richiede il lavoro di un pensiero che "sappia tenere lo sguardo sull'altro per comprendere che cosa sia necessario affinché faccia esperienza del buono" (ibidem, p.16). Tuttavia, non è possibile prendersi cura dell'altro senza la cura di sé stessi. La prima formulazione del concetto di cura di sé si trova nel pensiero socratico, laddove la cura viene intesa come aver cura dell'anima, in quanto nell'anima sta l'essenza dell'essere umano, e l'aver cura dell'anima significa conoscere sé stessi "così che l'anima acquisisca la miglior forma possibile" (ibidem, p.17).

### 1.3.1 L'essenza dell'aver cura

Parlare di *professionalism*, come si è visto, significa parlare di cura, che mette al centro l'altro in una situazione di "bisognosità". La buona cura risponde a una necessità fondamentale dell'essere umano, che è la necessità del bene. Si è visto come la cura si configura come una risposta alla necessità dell'altro, è un modo di *esser-ci-con-l'altro* in quanto ci si sente necessitati. Non è una questione di dover essere, ma "è un sentire

---

<sup>39</sup> Alla base della filosofia sulla cura teorizzata da Mortari si trova il concetto di debolezza ontologica come qualità sostanziale della condizione umana. Infatti, l'essere umano nasce con il compito di dare la miglior forma, una buona forma, al suo esistere, ma senza avere sovranità sopra il proprio divenire e per questo è intimamente bisognoso dell'altro (Mortari, 2019, p. 13).

quella cosa come necessaria che fa decidere per la responsabilità della cura” (Mortari, 2006, p.101).

Chi ha cura mette l’altro al centro delle proprie preoccupazioni e quindi agisce in modo da facilitarlo nella ricerca di ciò che lo fa stare bene. In una visione ontologica relazionale il *ben-essere* scaturisce dalla relazione, quindi riguarda entrambi i soggetti. Infatti, “l’aver cura del bene dell’altro comporta un bene anche per sé, sia perché si sente di agire per il bene, ma anche perché vi è un ritorno di essere”<sup>40</sup> (Mortari, 2006, p.103).

Affinché la pratica della cura realizzi la sua direzione di senso è necessario *cercare ciò che fa bene*, ossia ciò che consente alla vita di fiorire, cercare il bene dell’altro e che salvaguardi la sua libertà. Presupposto di una cura ontologicamente buona è riconoscersi mancanti, e quindi altrettanto bisognosi di cura, riconoscere che anche noi stessi abbiamo bisogno dell’altro. “È il sapersi mancanti che permette di riconoscere il guadagno d’essere imprevisto che viene dall’aver cura” (Mortari, 2006, p.104). È l’aver cura che permette di dar senso alla vita, è il sapere dove sta il “necessario” per esserci. Inoltre, è indispensabile *mettere al centro l’altro che ti interpella*, cioè cercare insieme ciò che è bene senza imporre le proprie idee, è ricerca condivisa con l’altro; è saper ascoltare e mettere in discussione le proprie convinzioni e le proprie prospettive. Chi ha cura in maniera buona sa agire anche con misura senza eccesso di oblatività.

Affinché la cura dell’altro si realizzi, Mortari identifica attraverso studi fenomenologici tre virtù: il rispetto, il coraggio e la gratuità. Il *rispetto* per l’altro è la capacità di tenere l’altro in una distanza-vicinanza che consenta all’altro di sentirsi riguardato nel suo modo di essere, il saper “trattenere la tensione egoistica del sé per lasciar essere l’altro nella sua alterità affinché trovi il modo del suo esserci secondo la sua disposizione originaria” (Mortari, 2019, p.35). Il *coraggio* è il saper andare oltre le convenzioni, rompere le regole per cercare di dare all’altro ciò di cui ha veramente bisogno, il saper vedere le sue necessità. Questo in quanto non sempre le istituzioni sono a

---

<sup>40</sup> Gli studenti dei primi anni delle scuole di medicina, nella mia esperienza, si sentono sopraffatti dalla generosità dei pazienti nel raccontare loro la propria storia e nell’accoglierli sebbene siano ancora inesperti. La loro gioia e motivazione mi riporta al “ritorno d’essere” e che “il *ben-essere* consiste nell’agire il bene più che nel ricevere” (Mortari, 2006, p.103).

misura della persona mettendo al centro fattori produttivi aziendali e dando valore soprattutto all'efficienza e agli standard. Chi ha cura sa individuare il bisogno di bene dell'altro e agire in questa direzione.

Tuttavia, il modo d'essere che più caratterizza la cura è la generosità e la *gratuità*: volere il bene dell'altro semplicemente perché stia bene. La cura è generosità, cercare di dare quando è necessario, e gioire semplicemente perché si sa di fare ciò che deve essere fatto.

La generosità e il rispetto costituiscono il cuore etico della cura: l'energia che direziona l'esserci con cura è quella della gratuità, risponde alla logica del "dono" (Mortari, 2019).

"La cura giusta è la capacità di rispondere alla necessità della realtà; pertanto, l'essere al mondo è prendersi cura di sé stessi, degli altri, della natura e delle istituzioni per farle luoghi ove vivere bene" (Mortari, 2019, p.168). La cura appartiene a quelle dimensioni che riportano all'altro, ai suoi bisogni, al rispetto dei suoi diritti, del suo necessitare considerazione chiunque esso sia in un tempo presente dove l'indifferenza, la carenza di senso di responsabilità, il gusto per il potere e l'*ethos* del consumo rendono incapaci di stare con massima attenzione e senso di responsabilità nei confronti della persona, della comunità e del mondo (Mortari, 2019).

Nell'ambito sanitario spesso si esalta e valorizza la gestione efficiente mentre i bisogni di *care* della persona vengono disattesi, anche a causa di una cultura che investe sulla tecnologia e su indicatori di impatto e di qualità delle cure che non sempre prendono in considerazione il vissuto della persona. Per questo il *care*, in particolare nel *nursing*<sup>41</sup>, è stato oggetto di studi e di teorizzazioni, soprattutto nel contesto nord americano e nord europeo (Watson 1979; Benner & Wrubel, 1989; Leininger, 1984; Kuhse, 1997). In uno studio sul *caring*, Benner y Wrubel definiscono il *caring* un'attività complessa in quanto richiede "pensiero, sentimento e azione" (Benner&Wrubel,

---

<sup>41</sup> Il *nursing* deriva da *nurse*, che significa infermiera/e, ed è l'azione che realizza l'infermiera/e per prendersi cura della persona. In PubMed, come parola MeSH, si ritrova la seguente definizione: "riguarda l'ambito delle cure infermieristiche in materia di promozione, mantenimento e ripristino della salute". La parola *nursing* in genere si accompagna con ulteriori specificazioni, come: *transcultural nursing, oncology nursing, obstetric nursing, nursing education research, etc.*

1989). Secondo Watson l'obiettivo specifico della cura è "la protezione, la preservazione e la valorizzazione dell'umanità della persona per ristabilire l'armonia interiore e il potenziale di guarigione" (Watson, 1985). Secondo Held la cura è una pratica e un valore, mentre secondo Slote è un "atteggiamento motivazionale" e per Blum una virtù (Mortari&Saiani, 2013). Secondo Mortari e Saiani "l'essenza della cura consiste nell'essere una pratica relazionale che si attua in tempi variabili, che è mossa dall'interesse per l'altro e orientata a promuovere il suo ben-esserci e che per questo si occupa di qualcosa di essenziale per l'altro" (Mortari&Saiani, 2013, p.27). La cura è mossa dall'intenzione di procurare beneficio all'altro e *il principio di benevolenza* identifica l'essenza etica della cura. Si qualifica come "assunzione di responsabilità verso l'essere dell'altro e si attualizza in modi relazionali che attestano rispetto/reverenza, premura e sollecitudine" (Mortari&Saiani, 2013, p.28). Vi sono alcuni modi d'essere con l'altro che attestano rispetto e premura, come "il prestare attenzione, il sentirsi responsabile, il comprendere l'altro, sentire empaticamente l'altro, agire con delicatezza, avere fermezza, indignarsi di fronte all'incuria, coltivare una pensosità riflessiva" (Mortari&Saiani, 2013). Un buon *caring* prevede una buona sapienza relazionale e anche una buona competenza clinica. *L'expertise clinico* è parte costitutivo della professionalità delle professioni della salute, è la base da cui partire, e oggi anche la professione medica si è appropriata del termine *care* cercando di ritornare alla persona come centro dell'agire; questo si evidenzia, ad esempio, nei titoli delle riviste in diverse specialità mediche, come *Neonatal Care J.*, *Cardiovascular Care J.*, *Oncological Care J.*, tra altre.

Secondo Mortari, l'essenza della cura adeguatamente buona considera i seguenti indicatori empirici della cura: *ricettività*, ossia il saper far posto all'altro, ai suoi pensieri e sentimenti; *responsività*, ossia essere responsivi significa saper rispondere adeguatamente agli appelli dell'altro; *disponibilità cognitiva ed emotiva*: in una buona pratica di cura la disponibilità si manifesta in un *pensare emotivamente denso* e in un *sentire intelligente*. Anche "Empatia, Attenzione, Ascolto, Passività attiva, Riflessività, il Sentire nella cura, Competenza tecnica, Aver cura di sé" (Mortari, 2006, p.111-129).

Il poter agire una cura sufficientemente buona per l'altro dovrebbe "prevedere percorsi di rielaborazione riflessiva, come una specie di *laboratorio interno*" (Mortari,

2006, p.148) della propria esperienza, dove attraverso *l'auto osservazione critica* si possa valutare attentamente ogni possibile conseguenza del proprio agire, ossia il proprio modo di stare in relazione con l'altro. Inoltre, il prendersi cura di un altro in una condizione di estrema "bisognosità" implica il saper prendersi cura del proprio vissuto emozionale (Mortari&Saiani, 2013).

I professionisti della salute sono formati a "protendersi" verso l'altro, il focus della loro formazione, soprattutto negli anni pre clinici, è il riuscire a mantenere una tensione costante nel mettere al centro del loro pensiero e azione la persona; tuttavia, oggi i sistemi di salute presentano una complessità tale che spesso questa tensione è così forte e costa così tanta fatica che sfocia spesso in un profondo malessere del professionista. Negli ultimi anni, come si è visto, emerge la cura di sé come modo per poter curare bene l'altro, ma non si definisce *in primis* come movimento verso di sé, la tensione è sempre verso l'altro; inoltre, questo nuovo aspetto è stato poco recepito nei contesti sanitari e formativi sino alla pandemia, ossia non si è tradotto in spazi protetti per il benessere del professionista della salute. In epoca post pandemica, dove lo stress e il *burnout* hanno raggiunto livelli insostenibili (Ayanin, 2020; Huerta-Gonzalez, 2021), si sono visti studi su interventi finalizzati a ridurre lo stress e per la cura di sé in un contesto professionale (Pollock, 2020). Ad esempio, nella formazione dei futuri medici solo in una fase post pandemica si comincia a studiare il benessere dello studente, anche come "flourishing", ossia come capacità della persona di crescere e fiorire, ovvero di sviluppare il proprio progetto di vita (Chatterjee, 2022; Concerto, 2022). Tuttavia, alla base di questa nuova attenzione per la cura di sé non vi è ancora un forte pensiero sulla responsabilità dell'aver cura della vita, e che si possa tradurre in un dispositivo educativo dove trovi spazio il pensiero su ciò che è buono e sulla disanima delle questioni di fondo (base del pensiero socratico sulla cura di sé). Infatti, "non c'è etica laddove viene a mancare il lavoro incessante del pensare a quello che si fa e a quello che si pensa" (Mortari, 2019, p.43). Questi studi, soprattutto quantitativi, attraverso l'applicazione di questionari, mostrano quanto sia urgente pensare alla formazione come cura di sé, in un curriculum, come si è visto, molto esigente e centrato sulle scienze biologiche e la tecnologia e meno sulle scienze umane e la relazione di cura.



### 1.3.2 La cura di sé

Si è visto parlando di cura, come vi sia questo movimento continuo e circolare tra il ricevere e offrire cura. Un movimento che nutre di senso la vita, in quanto la cura è una necessità vitale, “vi è una primarietà ontologica della cura, in quanto l’essere umano ha bisogno di essere oggetto di cura e nello stesso tempo di aver cura” (Mortari, 2006, p.VII). L’essere umano ha bisogno di aver cura di sé, degli altri e del mondo in quanto la cura è il luogo dove comincia il senso dell’esserci (Mortari, 2009). Inoltre, proprio perché la pratica dell’aver cura richiede un’intensa attenzione per l’altro e una fatica costante per l’auto osservazione e riflessione, si deve accompagnare alla cura di sé. Infatti, laddove il lavoro di cura non è supportato da un ambiente, sia cognitivo che emotivo, che faciliti l’azione di cura può prevalere la fatica, in particolare in quegli contesti professionali dove la cura è un’attività lavorativa soggetta a retribuzione (Mortari, 2009). L’essere impegnati in un lavoro di cura in un ambiente altamente stressante, dove i soggetti di cui aver cura sono più di uno e altamente dipendenti, si pensi ad esempio alla cura del bambino molto piccolo, dell’anziano nelle case di riposo o di alcuni ambiti nell’area della salute, come una terapia intensiva, l’assistere una persona con problemi oncologici o cronici, le terapie di fine vita, etc. può portare al *burnout*. È per questo che nel “processo di formazione di chi svolge pratiche di cura dovrebbe essere al primo posto la cura per sé stessi” (Mortari, 2006, p.149), anche se si è visto come questo sia molto complesso da attivare, sia da parte dell’istituzione formativa sia da parte degli stessi professionisti a causa di tensioni soprattutto culturali.

Questo anche per poter assicurare all’altro una buona cura. Infatti, “l’aver cura di sé è pratica necessaria per salvaguardare non solo chi-ha-cura ma anche chi-riceve-cura” (Mortari, 2006, p.152). Questo in particolare è il focus dell’attenzione data alla cura di sé in ambito sanitario: cura di sé per poter avere la capacità di prendersi cura di un altro, per esempio per non commettere errori; il centro rimane il paziente. Invece la cura di sé dovrebbe essere anche per poter salvaguardare la propria energia, specie per quelle professioni e persone che si prendono cura di altri particolarmente fragili

dove vi è un alto “costo” anche a livello “esistenziale”, in quanto si tratta di esperienze che interrogano profondamente sulla vita e l’essere umano, e che riportano alle domande necessarie per interrogarsi sulle questioni di fondo che hanno a che fare con l’essenza dell’esserci. Domande che sono inoltre necessarie, in quanto, come dice Mortari, “etiche” perché “sollecitano”, o dovrebbero sollecitare, azioni coerenti e virtuose. Tuttavia, senza una formazione, un accompagnamento attento e attivo su questo, che crea dispositivi per poter attivare pratiche riflessive, vi è il pericolo dell’esaurimento dell’energia vitale e di arrivare al *burnout*, come vi è visto. Per questo è necessario “apprendere le tecniche che consentono di dare forma al proprio esserci” (Mortari, 2009, p.13). Nell’ambito biomedico la cura di sé è una “chiamata” per la prevenzione del *burnout*, e che si basa per la formazione dei professionisti della salute sulle teorie che provengono dall’ambito psicologico, come la psicologia positiva di Seligman (Seligman, 2019), la scienza della felicità e gli studi neurobiologici dedicati alla neuroanatomia del piacere (Morten, 2011). In particolare, le università, soprattutto negli Stati Uniti, hanno recepito la necessità di dare spazio alla formazione al benessere, infatti si parla di *well-being*, e hanno attivato programmi, come ad esempio quello dell’University of Pennsylvania “Authentic Happiness”<sup>42</sup> con un focus potente nel misurare il *well-being*, nel creare programmi per diffonderlo, e per studiare l’impatto delle metodologie e interventi per favorirlo.

### 1.3.2.1 *Self-care* e conoscenza di sé

Mortari, partendo dalla filosofia antica, parla di cura di sé come pratica per una vita buona ed etica, per far fiorire la propria esistenza nella forma migliore possibile, come un imperativo che va oltre uno stato di benessere finalizzato a ridurre l’ansia, la depressione e il *burnout*. È anche il modo etico per essere responsabili della propria esistenza e della comunità e del luogo che si è chiamati ad abitare.

Mortari parla della cura di sé “come risposta alla chiamata di dare forma etica ed estetica al tempo della propria esistenza” (Mortari, 2006, p.55), il poter conoscersi per

---

<sup>42</sup> <https://www.authentichappiness.sas.upenn.edu/>

saper individuare le proprie capacità, i limiti, le disposizioni e le passioni. Conoscere sé stessi infatti significa “capire quali sono le forze che agiscono sulla vita della mente<sup>43</sup>, significa cercare una comprensione quanto più onesta e chiara delle emozioni e dei pensieri che costituiscono la ‘matrice generativa’ del nostro esserci per poter trovare il proprio stile di vita che consente di far fiorire le proprie potenzialità essendo fedeli a sé stessi” (Mortari, 2006, p.150). Il riflettere per trovare il senso del proprio agire e per poter così poi poterlo ordinare intorno a una misura di senso, ossia individuare ciò che è irrinunciabile per poter decidere le priorità e quindi i criteri necessari per un uso ragionevole del proprio agire. Quindi la cura di sé è occuparsi del proprio pensare e del proprio sentire per conoscersi, esaminare i propri modi d’essere nelle differenti situazioni, capire quali credenze orientano le decisioni e capire quali tonalità emotive sono presenti in certe situazioni. Tutto questo per “disinquinare la vita della mente da quei modi di affrontare l’esperienza quotidiana che rendono più difficile una relazione di cura” (Mortari, 2006, p.150). In questo la formazione ha un ruolo critico in quanto permette di identificare e correggere comportamenti e posture cognitive scorrette che è necessario abbandonare per poter esercitare una buona cura.

Pertanto, “cura di sé intesa come cura di trovare la propria forma di vita, il dare forma etica ed estetica al tempo della propria esistenza” (Mortari, 2006, p.150), facendosi guidare dalle domande essenziali per comporre di senso il proprio tempo: “In che cosa consiste il bene? Come conseguirlo?”, in quanto aver cura di sé è dedicarsi alla ricerca del bene, prima virtù essenziale dell’anima (Mortari, 2009, p.64).

Conoscere sé stessi è un compito molto difficile. Per operare una profonda trasformazione del proprio modo di essere e poter attivare un vero processo di auto formazione è necessario coltivare *pratiche di azione* sulla vita della mente per costruire un adeguato spazio interiore. Mortari riprende dalle filosofie antiche le seguenti pratiche di spiritualità: “Dare attenzione, Fare silenzio interiore, Concedersi tempo, Togliere via, Cercare l’essenziale, Coltivare la forza vitale, Scrivere il pensare” (Mortari, 2009, p. 150).

---

<sup>43</sup> Mortari parla di vita della mente sebbene nella letteratura dedicata alla cura di sé si parli di anima. Con mente implica sia la vita della ragione sia la vita del cuore, come “aspetti irrevocabilmente interconnessi” (Mortari, 2009, p.25).

*Il dare attenzione* è la capacità di avere presenti i propri vissuti, cioè essere capaci di attenzione su di sé, l'averne una concentrazione interiore. È l'essere vigili per avere una coscienza sempre desta. Secondo le filosofie antiche l'abitudine peggiore è quella di non fare attenzione al reale e il non vigilare sui principi che guidano il nostro agire. Essere capaci di attenzione significa sapersi concentrare sul presente in modo autentico, il saper trovarsi tra le cose non automaticamente. Per poterlo realizzare oggi si parla di *mindfulness* per indicare la concentrazione della mente sul momento presente, che in italiano viene tradotto con "consapevolezza". L'esercitarsi nella capacità di prestare attenzione tiene l'essere della persona teso e ricettivo verso il reale. Vi sono molte ricerche in ambito biomedico sui vantaggi delle pratiche di attenzione piena, come ad esempio la meditazione, sulla salute, in particolare sulla riduzione dello stress, sul dolore cronico e su altri *outcome*, se si praticano gli esercizi in modo costante e continuato nel tempo (Tang, 2015).

*Il fare silenzio interiore* invece è necessario in quanto la pratica di cura in certi momenti diventa molto gravosa per l'anima tanto da far sentire "il desiderio di una quiete interiore, uno stato di riposo, di sereno rilassamento interiore che permette alla mente di ritrovare il massimo di vitalità" (Mortari, 2009, p.130). Si fa silenzio interiore "tacitando tutto quanto è inessenziale e produce solo inutile rumore" (Mortari, 2009, 131). In ogni filosofia delle pratiche spirituali questo costituisce il primo passo per la cura di sé. Fare silenzio interiore è essenziale per realizzare la conoscenza di sé.

*Il concedersi tempo* per fermarsi a riflettere, interrogarsi e pensare è un requisito essenziale per trovare serenità e pace. È necessario trovare il tempo per la cura dell'anima, un tempo vuoto di cure per altri o altro, non dedicato al fare e all'agire bensì un tempo dedicato al riposo per ritrovare il senso dell'agire.

*Il togliere via* diventa condizione essenziale per la cura di sé per poter esaminarsi e cogliere l'essenza delle cose. Togliere via nel senso di cercare la semplicità essenziale, di disattivare l'attaccamento alle proprie teorie e al "troppo pieno di idee" al fine di evitare che "la vita della mente soffochi nel già saputo" (Mortari, 2009, p.135). È l'andar con leggerezza e sobrietà per poter sciogliere l'anima da pericolosi attaccamenti. Il togliere via permette di mirare all'essenziale nella continua ricerca del conoscere sé stessi. Alleggerire la mente permetterebbe di prendere le distanze dal pensiero comune e di dedicarsi a pensare a ciò che è essenziale e che può dare una forma buona al tempo

della vita. Stare in *cerca dell'essenziale* richiede energia per questo è necessario alleggerirsi per tener la mente in contatto solo con le questioni di valore. “Aver cura di sé significa evitare di soggiacere ai condizionamenti esterni per situarsi come soggetto che liberamente sceglie ciò per cui vale esserci” (Mortari, 2009, 141).

La cura di sé richiede inoltre di *forza vitale*. Il coltivare le pratiche di spiritualità richiede un certo benessere interiore, il sentirsi bene e a proprio agio nel presente per poter dare attenzione ai contenuti essenziali e potersi concentrare sull'oggetto del pensiero. Perché si possano verificare le attività dell'io è necessaria una certa quantità di forza vitale, quindi è essenziale per ciascuno individuare ciò che nutre e ciò che consuma tale forza. A esercitare un'azione significativa sulla forza vitale sembrano essere i sentimenti che si vivono; inoltre, anche il benessere o il malessere del corpo può dare nutrimento od ostacolare la vita dell'anima. Infatti, la vita della mente non è slegata dal sentire del corpo e viceversa.

Infine, anche *la scrittura* può diventare esercizio spirituale in quanto permette di plasmare il pensiero e di tenere sotto lo sguardo riflessivo le regole essenziali per farle diventare strumento vivo dell'arte di vivere. La scrittura della vita della mente obbliga a un lavoro creativo sulla lingua e ad avere una particolare cura delle parole, in quanto “è necessario ricercare quelle che meglio aiutano alla ricerca della verità senza cadere nella retorica” (Mortari, 2009, 149). Il saper trovare le parole che dicano fedelmente il senso dell'esperienza è un'attività spirituale essenziale.

La cura di sé permette di assumere la responsabilità di accedere a una dimensione autentica del vivere e di far proprio il progetto della propria esistenza. Tuttavia, la cura di sé s'impara in una comunità dove la preoccupazione per una buona formazione è centrale, laddove si faciliti nell'altro il processo di autoformazione, che permetta che la persona possa dare una forma quanto più possibile buona al proprio modo di essere nel mondo con gli altri (Mortari, 2009, 151).

Sin qui si è visto il fondamento filosofico del *self-care* a partire dalla filosofia di Mortari. Se si ricerca nella letteratura biomedica il *self-care* è un costrutto che nasce, si definisce e discute in relazione al paziente e alla sua educazione, ossia come educare al paziente perché si prenda cura di sé e della sua salute (Martinez, 2021).

Riguardo ai professionisti della salute, si è visto come non vi sia una cultura specifica del *self-care*, o spesso rimane una definizione teorica che non si traduce in pratiche

effettive di cura di sé. Vi è 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 tra i professionisti della salute (da Silva Junior, 2019). Si comincia a studiare e a ritenere un tema su cui discutere e ricercare in relazione ai professionisti della salute dedicati alle persone con problemi di salute mentale, per esempio psicoterapeuti, psichiatri e psicologici (Posluns, 2019); in questo contesto la cura di sé si definisce come l'abilità di "ricaricarsi e rifornirsi in modo sano" (Gentry 2002, p. 48), compreso l'assumere "l'impegno in 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. 2010, p. 322). Inoltre, il termine *self-care* si riferisce non solo ad un impegno con sé stessi in varie pratiche (come l'attività fisica, una buona alimentazione, l'igiene del sonno, etc.), ma anche l'aver un atteggiamento premuroso verso sé stessi (Kissil e Niño, 2017). La cura di sé prevede l'auto-riflessione, il conoscere i propri bisogni e il fare uno sforzo cosciente per cercare le risorse per favorire la salute e il benessere (Colman et al. 2016; Pakenham, 2017). Nell'ambito della salute mentale sembra chiaro che la cura di sé non è un lusso, ma è un imperativo clinico ed etico (Norcross e Guy 2007), e quindi è importante capire la potenziale efficacia di varie forme di pratiche di auto-cura.

La necessità di *self-care* per gli infermieri e i medici, in particolare, si costituisce tuttavia a tutt'oggi come una pratica "reattiva", ossia quando già si presentano i sintomi, ad esempio di stress o eccessiva ansia, piuttosto che preventiva, in quanto vi è una certa reticenza ad attivare pratiche di auto cura se la persona si percepisce in salute (Andrews, 2019). Vi è la difficoltà a concedersi il permesso di occuparsi di sé, e questo avviene solo quando ci si sente in una situazione di malessere, per questo che in letteratura si relaziona con il *burnout* da lavoro. Invece l'essere consapevoli di poter essere soggetti che possono andare incontro a problemi come l'ansia, lo stress, sino al *burnout* determinerebbe una comprensione profonda della propria professione e del lavoro di cura, che espone ad essere vulnerabili. Quando i professionisti diventano consapevoli riguardo agli eventi stressanti sono più attivi e possono fare uno sforzo cosciente per seguire comportamenti che possono diminuire gli effetti stressanti (Posluns, 2019).

Inoltre, l'essere coscienti della propria vita interiore, il fermarsi a riflettere permetterebbe di conoscersi meglio e il poter essere maggiormente utili agli altri (Posluns, 2019; Mortari, 2009).

Coerentemente con quanto scritto da Mortari, in letteratura biomedica vengono proposte alcune attività che possono contribuire a mantenere in forma preventiva un buon stato di salute, tra le altre laboratori di scrittura creativa per mantenere l'auto consapevolezza, auto compassione, il saper porre limiti, avere strategie di *coping* efficaci (ossia come si risponde e si fronteggiano situazioni stressanti), il sapersi adattare, l'avere interessi non collegati al lavoro, l'avere amicizie al di fuori del lavoro, gestire bene il tempo, fare esercizio fisico, l'avere una buona igiene del sonno, chiedere supporto sociale e professionale, sviluppare pratiche spirituali (Posluns, 2019).

Tuttavia, il *self-care* per i professionisti della salute è ancora un ambito oggetto di studio e che ha ricevuto maggiore attenzione durante l'epoca caratterizzata dalla pandemia a causa dello stress e difficoltà vissute dagli operatori della salute e degli alti livelli di *burnout*. È solo in tempi recenti che le istituzioni e le organizzazioni hanno recepito la necessità di preoccuparsi della salute degli operatori sanitari in quanto sinora il mettere in pratica misure di auto cura veniva visto come una responsabilità personale dell'individuo. In questa direzione sono nati percorsi di *mindfulness* all'interno delle istituzioni ospedaliere, o corsi di yoga o altro (Balsanelli, 2020; ) anche se questo non sempre si accompagna ad altre strategie di tipo organizzativo che sembrano avere maggior impatto sul benessere, come il favorire le relazioni (l'attivare spazi protetti per l'ascolto e conversazione) nei gruppi di lavoro, il facilitare aspetti organizzativi e gestionali (per esempio in relazione all'essere destinati a diverse unità), il progettare turni meno pesanti da un punto di vista organizzativo. L'ambiente altamente stressante e spesso conflittuale nell'ambito della salute è un fattore di rischio in sé non facilmente modificabile e che ha un grande impatto sulla salute dei professionisti.

## 1.4 Revisione della letteratura biomedica: *Professionalism, care e self-care*

### 1.4.1 Diverse tipologie di revisione della letteratura

Quando si parla di revisione della letteratura, in ambito sanitario, si possono identificare tre tipi: la revisione narrativa (*narrative review*), la revisione sistematica qualitativa (*qualitative systematic review* o *meta-synthesis*) e la revisione sistematica quantitativa (*systematic review* o *meta-analyses*). Con la dizione “revisione narrativa” si intende una sintesi critica di articoli pubblicati su di uno specifico argomento, dove l’autore riassume i risultati e trae le proprie conclusioni. Le revisioni narrative in genere vengono realizzate per aprire il dibattito su di un tema, o sono molto utili per un aggiornamento rispetto alle informazioni presenti in un libro. Non è la forma di evidenza che si dovrebbe usare per prendere una decisione clinica o per risolvere un problema specifico di un paziente. Tuttavia, una revisione narrativa fornisce informazioni di base e rilevanti su un tema.

In genere le revisioni narrative in ambito scientifico sono meno accettate dagli editori in quanto non sempre presentano in modo chiaro il metodo effettuato per la ricerca, o il numero di banche dati consultate è incompleto, o la selezione degli articoli è soggettiva, spesso non sono specificati i criteri di inclusione. Questo può portare a conclusioni o informazioni errate o molto soggettive. Tutti questi potenziali problemi sono evitabili se l’autore pratica la responsabilità metodologica di riflettere sul metodo utilizzato e di rendere conto di tale metodo secondo il principio di trasparenza (Mortari, 2017), in questo caso una revisione narrativa è una buona fonte di informazioni (Green et al., 2006).

Poiché non sempre le revisioni narrative sono accompagnate da una rigorosa riflessione metodologica, il movimento dell’*Evidence Based Practice* (EBP) suggerisce un atteggiamento vigile nei confronti delle rassegne di tipo narrativo e propone, soprattutto per le decisioni cliniche, un tipo di revisioni basate sulle evidenze, ossia le revisioni sistematiche (Sackett, 1995; Saiani, Brugnolli, 2010; Maturana & Benaglio, 2014; Sullivan, 2018). Le revisioni sistematiche, a differenza di quelle narrative, hanno un approccio standardizzato sulla letteratura, valutano criticamente e riassumono gli



studi sperimentali su un determinato e ben definito quesito clinico o intervento sanitario. Una revisione sistematica è un vero e proprio progetto di ricerca e i revisori si avvalgono, in ogni fase del processo di elaborazione, di una metodologia scientifica standardizzata. Mentre la revisione narrativa risponde ai quesiti “Cosa, come, quali?” le revisioni sistematiche concentrano l’analisi su aspetti specifici, ad esempio “Quale tra questi due interventi terapeutici è più efficace nel ridurre la mortalità in questo tipo di pazienti?”. La revisione sistematica, a differenza di quella narrativa, usa criteri rigorosi che vengono esplicitati in un protocollo per minimizzare i rischi di distorsione (Sala et al., 2006).

La prima fondamentale tappa è quindi per una revisione sistematica la formulazione di un chiaro quesito clinico. Tuttavia, anche per una revisione narrativa è necessario in una prima fase scegliere l’argomento, delimitare il problema e formulare il quesito. È necessario via via che si entra nell’argomento chiedersi se il tema che si vuole approfondire abbia una reale valenza scientifica e clinica, e se è già stato pubblicato qualcosa di simile. Condurre una revisione della letteratura richiede molto tempo, c’è un importante lavoro di consultazione della letteratura che richiede un’organizzazione precisa e pianificata.

Cercare di definire il *professionalism* in relazione al *care* e *self-care* risulta alquanto complesso, essendo una tematica ampia e di esplorazione della letteratura piuttosto che una domanda specifica. Infatti, quando si apre la ricerca sul *care* i risultati riportano alla relazione con il paziente, e anche il *self-care* si riferisce maggiormente all’educazione al paziente. Pertanto, si decide di realizzare una revisione narrativa sull’argomento, in quanto una revisione sistematica avrebbe bisogno di una domanda specifica. La revisione della letteratura rappresenta una fase obbligata per poter entrare nella tematica e poter capire come definire meglio la domanda di ricerca e così via via descrivere meglio l’obiettivo. L’entrare meglio nell’oggetto della ricerca, attraverso il corpo di conoscenze sviluppate sino al momento, permette di chiarire i pensieri e di “uscire dalla nebbia” dell’incompetenza. La revisione narrativa permette così di esplorare la letteratura (per esempio articoli, libri, siti web, etc.) in una forma non così rigorosa e sistematica come una revisione sistematica, che ha bisogno per essere svolta di una

domanda molto precisa e di un protocollo ben definito, tanto che in genere un ricercatore non svolge mai una revisione sistematica solo, ma ha bisogno dell'esperto (il nuovo ruolo delle bibliotecarie, esperte in ricerca).

La revisione della letteratura permette di costruire un marco teorico di riferimento per tutta la ricerca, dagli obiettivi specifici, alla scelta del metodo e strumenti. Infine, per capire e poter definire i risultati della ricerca.

Vi sono diversi schemi in letteratura per condurre una revisione, si propone questo che prevede quattro fasi per condurre una revisione della letteratura (Demiris et al., 2019).

1) Condurre la ricerca: la letteratura scientifica pubblicata è indicizzata in una varietà di database. È necessario cercare in numerose banche dati e adeguate alla domanda di ricerca per garantire che la maggior parte degli studi pertinenti sono stati identificati. Si parte con l'esplorazione del tema. Le basi di dati comuni per gli studi in *medical education* includono PubMed, CINAHL, SCIENCE DIRECT, WOS e CINAHL.

2) Identificare le *keywords*: in genere gli autori dedicano molta attenzione alle parole chiave quando pubblicano la loro ricerca in modo che si possa trovare il loro lavoro durante le ricerche nei database. Una volta che si è trovato un articolo pertinente si possono utilizzare le parole chiave e/o simili nella ricerca. Si possono provare numerose parole chiave prima di trovare un documento pertinente alla domanda di ricerca.

3) Revisione degli *abstract* e degli articoli: quando la ricerca è completa e si sono eliminati tutti gli articoli duplicati, si leggono gli abstract per vedere se sono pertinenti alla domanda di revisione. Con le revisioni narrative non è necessario includere ogni articolo su un argomento.

4) Documentare i risultati: si sintetizzano i risultati degli articoli che si sono trovati. Non è sempre necessario documentare la ricerca della letteratura.

Nel presente lavoro, la revisione si è svolta in diverse fasi e con diverse combinazioni delle parole chiave. Nel paragrafo sul metodo si presentano in dettaglio i passaggi effettuati.

### 1.4.2 La ricerca realizzata

L'obiettivo di questa revisione narrativa è il rilevare se nella letteratura si evidenzia una relazione tra il *professionalism*, il *self-care*, la *compassion fatigue*, *moral distress* nel contesto del *burn out*, in particolare tra *professionalism* e *self-care*, per poter capire meglio quali possono essere i percorsi per poter progettare a livello istituzionale e curriculare strategie e metodi che realmente possano influire a lungo termine sullo stato di salute e benessere percepito dei medici specializzandi, gli specialisti del domani.

Sebbene per una revisione narrativa, a differenza di una sistematica, non sia necessario riportare tutti gli step della ricerca, qui si opta per riportare ogni fase realizzata. Non si è seguito il modello PICOS (*population, intervention, comparison, outcome, study design*) in quanto non si ricerca un intervento ma si cerca di rilevare cosa emerge in relazione ai tre concetti. Inoltre, la complessità dei concetti ha fatto sì che la ricerca seguisse diverse tappe, e non un percorso unico e lineare.

Una volta definito l'argomento, è stata fatta una ricerca nelle seguenti banche dati: PubMed, WOS (web of science database), CINAHL, SCIENCE DIRECT. Sono stati scelti questi data base in quanto sono quelli più validati a livello di letteratura scientifica nell'area della medicina dove si possono trovare articoli sull'argomento oggetto di questo studio. Per realizzare una revisione narrativa che possa essere esaustiva è necessario consultare più di un data base, anche se in molti casi gli articoli, soprattutto quelli di più alto impatto, si ripetono. In particolare, PubMed è molto completo da questo punto di vista. La complessità, in questo caso, è data, come si è visto, da un argomento molto ampio, in quanto i temi che si sono scelti (*professionalism, care e self-care*) non sono circoscrivibili in un'unica definizione. Inoltre, la *key word care* riporta al paziente, e anche *self-care*.

Pertanto, l'identificazione delle parole chiave che permettono di fare la ricerca è stata fatta anche consultando esperti sulla psicologia occupazionale, per questo si considera anche la parola "*strain*".

Per poter fare la ricerca, inizialmente si identificano le seguenti parole chiave:  
*Key research question: caring, professionalism, burnout (or strain) AND resident or residency*

### 1.4.3 Tappe della ricerca bibliografica<sup>44</sup>

1. Ricerca generale: *caring, professionalism, burnout (or strain) AND resident* si selezionano 38 papers di inquadramento generale sul tema, dal 2013 al 2020. Con lettura full text si sono esclusi 7 articoli non pertinenti; 2 si ripetevano. Si decide di procedere con parole chiave più specifiche per ottenere maggiore specificità nella ricerca.

Si attivano diverse combinazioni:

*well-being*

*wellness*

*distress*

*coping strategies*

*lifestyle*

*burn out* (risulta spesso associato a *resiliency*)

*resident* (si deve specificare *medical student*, perché può essere anche un paziente delle case di riposo)

*professionalism* si associa a: *medical humanities, ethics, empathy, prosociality, compassionate care* (associato a *communication, empathy*), *humanistic care, interprofessional communication*

*curriculum*

*videos*

*narrative medicine*

---

<sup>44</sup> Timing della ricerca: effettuata in febbraio 2020, rivista in luglio 2020. Presentata a congresso LA-CRE nel 2021.

2. *Care AND resident medical student*: risultano 5067 items<sup>45</sup>.

Si evidenzia che la parola *caring*, *care\**, come parola MeSH, è molto ampia, ed è sempre associata ad aggettivi specifici, ad esempio: *critical care*, *palliative care*, etc., e si decide di usare *self-care* (MeSH term).

3. *Self-care AND resident medical student*: risultano 198 item, si analizzano titoli e abstract, con un risultato di 39 paper utili per la ricerca, che coprono un periodo di tempo dal 2004 al 2019. Un autore si ripete molte volte sul tema *student distress*: Byrbye L.N. Alcuni articoli si escludono per non essere pertinenti al tema oggetto di studio, in alcuni casi *self-care* viene inteso come *health-care* (assicurazioni per la salute degli studenti) e pertanto si escludono.

4. *Professionalism AND burnout AND resident student*: risultano 188 item; si pensa in associare *burnout* in questa strategia di ricerca, perché *professionalism*, come nel caso di *caring*, è troppo ampio. Di questi, 5 risultano utili per la ricerca.

5. *Job satisfaction AND resident medical student*: risultano 56 item, si selezionano 8 pertinenti. I risultati sono molto orientati a leadership (come competenza).

In base ai risultati ottenuti, in luglio 2020 si attiva una seconda fase della revisione, con focalizzazione su *professionalism and self care*.

Parole chiave:

*professionalism AND self-care*

*Professionalism* come Mesh term (è stato introdotto nel 2016) in tutti i data base della Medline Library:

Risultano:

Bookshelf: 933

---

<sup>45</sup> In questa ricerca, i termini *professionalism* e *care* e *self-care* riportano ad una letteratura vastissima e molto spesso non utile per il tema oggetto di studio. La maggior parte degli studi si focalizza sul paziente, in relazione ai tre concetti. Per questo la ricerca si fa iterativa ed è necessario circoscrivere associando altri termini o riducendo gli anni di ricerca. In questo caso ci sembrava importante mostrare tutte le fasi della ricerca, ossia quali *key words* sono state utilizzate e il percorso svolto.

NLM catalog: 432

PubMed: 8710

PMC central: 14.968

Associato a *self-care* dà questi risultati:

*AND self-care*

Risultato: 8418

Filtro 5 years: 4440

*AND internship AND residency: 722*

Filtro 5 years: 381

Se si aggiunge *medical education: 924*

*professionalism AND self-care AND internship: 426*

Si mantengono 50 articoli selezionando per titoli e abstract, gli altri vengono esclusi in quanto non sono pertinenti alla ricerca e aprono altre tematiche.

Ricerca parallela:

*professionalism AND compassion fatigue (MESH) AND internship*

14 papers

Utili: 6

In totale: 56 papers

6. *Professionalism AND self care AND internship and residency: 722* item, si filtra per ultimi 5 anni, risultano 381. Di questi risultano utili per lo studio 50 articoli.

7. *Professionalism AND compassion fatigue: 667* item, con *resident student* si riduce a 14 articoli, di cui 6 utili.

In questa seconda fase della ricerca vengono aggiunti 56 articoli alla prima fase della ricerca.

In questi ultimi mesi, sono stati pubblicati molti articoli in relazione a *compassion fatigue and resident student and Covid-19*, che in questa fase della ricerca non vengono inclusi.

Risultato della ricerca: sono stati selezionati in totale 122 articoli relativamente a *professionalism and self-care and internship, e professionalism and compassionate fatigue and internship*.

Parole chiave: *Professionalism, self-care, compassionate fatigue, internship, burnout*.

Si sono selezionati articoli in inglese, spagnolo e italiano.

Combinando Medical Subject Heading terms: *burnout, professional, professionalism, compassion fatigue, AND internship and residency, intern, resident, or physician in training*.

#### **1.4.4 Fase di valutazione degli articoli**

La ricerca è stata fatta in due periodi (da febbraio a luglio 2020, da luglio 2020 si inserisce anche *self care and compassion fatigue*), con un percorso iterativo e ricorsivo, dove sono stati identificati i seguenti concetti principali:

- Definizione di professionalismo: emerge il come insegnarlo e valutarlo, emerge il concetto di protoprofessionalismo, professionalizzazione.
- Rispetto a *compassion fatigue*, emerge la definizione, la concettualizzazione, i segni e sintomi, come si misura, la prevalenza e i fattori di rischio associati.

Si identificano inoltre gli autori che hanno dato i maggiori contributi alla letteratura e che sono maggiormente citati, come ad esempio Sinclair rispetto a *compassion fatigue*. Si identificano inoltre documenti e le associazioni che li promuovono (come, ad esempio, la Compassion Fatigue Awareness Project; e il ProQOL.org), (Figura 1 in Allegato A).

Vengono selezionati e inclusi in questa revisione gli articoli rilevanti in relazione con il tema *professionalism, self-care, compassion fatigue, burn out e internship*. Si includono studi che presentano elementi teorici ed empirici sui tre concetti ricercati. Si escludono gli articoli che si focalizzano solo sulla misurazione del *burnout, secondary*

*traumatic stress*, o che si focalizzano solo sugli interventi/strategie per ridurre il *burnout* (sono tematiche che aprono altri filoni di ricerca).

I seguenti autori si ripetono nelle diverse ricerche:

- Ayala 2018 (tema *self-care*), Berger 2020 (insegnamento professionalismo), Branch 2009 (*faculty development* per insegnamento *professionalism*), Burks 2012 (*altruism in health care*), Cooper 2019 (*unprofessional behavior*), Dyrbye 2016 (*burnout resident*), Kassam 2015 (*well-being in resident*), Marshall 2016 (*empathy*), McLaughlin 2017 (*advisor self-care*), Montgomery 2017 (*empathy and humanism*), Phillips 2017 (*professionalism and professionalization*), Plews -Ogan 2016 (*medical error*), Ripp 2017 (*well-being*), Sanchez-Reilly 2013 (*self-care*), Wang 2019 (*professional identity formation*).

Gli articoli selezionati vengono ordinati in una tabella che include: primo autore, anno di pubblicazione, titolo dell'articolo, tipo di studio, note (si riporta in Allegato B la Tabella 1, relativa alla ricerca *professionalism and self-care*).

Per realizzare questa revisione narrativa della letteratura si sono inclusi 122 articoli. Sono stati inclusi studi osservazionali, studi sperimentali, studi qualitativi, revisioni narrative, revisioni sistematiche, documenti teorici e carte a editori. Gli studi empirici sono stati condotti in prevalenza in Stati Uniti, Canada, Australia, UK, Cina. Le persone che hanno fornito i dati sono presidi delle scuole di medicina, studenti di medicina, medici specializzandi, medici, infermieri, pazienti e familiari. Dopo la lettura *full text*, sono stati esclusi 6 studi mantenendo un totale di 116 articoli. I 6 studi sono stati esclusi in quanto si focalizzano su temi specifici non attinenti, come la valutazione del *professionalism*.

Quando si parla di professionalismo si entra in una tematica che ancor oggi è molto discussa, dove si è visto che non vi è sempre consenso nella definizione. Le pubblicazioni sul tema durante questi mesi di pandemia da COVID-19 sono aumentate molto, soprattutto in relazione a *compassion fatigue*, per i medici specializzandi in particolare, che hanno dovuto mettere in *stand-by* il loro percorso formativo, e che, come medici, hanno dovuto mettersi al servizio dei sistemi sanitari per l'emergenza sanitaria. In questo lavoro non si sono ancora inclusi i dati di queste ultime pubblicazioni.



## 1.5 Relazione tra i temi identificati

1. *Professionalism*
2. *Compassion fatigue e moral distress*
3. *Professionalism e Self-care*
4. *Professionalism e Burnout*
5. *Self-care e resident student*

### 1.5.1 *Professionalism*<sup>46</sup>

Come si è visto nel capitolo precedente, il *professionalism* si situa al cuore dell'essere medico, è il punto centrale dell'impegno che il medico assume con i pazienti, le famiglie e le istituzioni, e rappresenta una guida per l'agire professionale. Attraversa tutte le competenze, e mette in evidenza l'umanesimo e la competenza culturale (Ludwig, 2014). Allo stesso tempo è dinamico, *culture-specific*, ossia è situato culturalmente, spesso insegnato attraverso il *role modelling*, ossia il modellamento da parte degli esperti dei comportamenti che esprimono i valori che sottendono le azioni, e varia in base al contesto (Jauregui et al., 2016; O'Sullivan et al., 2012).

Sebbene sia complesso arrivare a una definizione condivisa, a causa anche di ragioni culturali e al contesto sociale, le principali associazioni (ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine) hanno sentito la necessità di organizzare un gruppo di lavoro (Medical Professionalism Project, [www.professionalism.org](http://www.professionalism.org)) nel 1999, e di scrivere un documento sul professionalismo, "A Physician Charter", (*Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*, 1999), che definisce una serie di principi ai quali possono ispirarsi tutti i medici, e che possono essere applicati in diverse culture e sistemi politici. La carta definisce

---

<sup>46</sup> In questo breve paragrafo si arricchisce il paragrafo precedente sulle definizioni degli autori autorevoli e si discute maggiormente il tema. Questa integrazione porta necessariamente ad alcune ripetizioni.

come primo *statement*: “Il *professionalism* è la base del contratto della medicina con la società”. Inoltre, identifica tre Principi fondamentali: il primato del benessere del paziente, l’autonomia del paziente, la giustizia sociale<sup>47</sup>. La carta si propone di incoraggiare e promuovere un’agenda d’azione (*action agenda*) per la professione dei medici che sia universale nello scopo e nel fine. Successivamente ci si preoccupa di operationalizzare la definizione in comportamenti osservabili, per far sì che il professionalismo non sia legato solo alla personalità, ma a indicatori precisi che possono essere insegnati e valutati (Berger et al., 2020).<sup>48</sup>

Sebbene dalla maggior parte delle istituzioni di *medical education* viene riconosciuto come una *core competency* (Berger et al., 2020) e vi sia un grande sforzo per attivare strategie per l’insegnamento del *professionalism*, l’evidenza sulla qualità di questi interventi è tuttavia molto scarsa (Berger et al., 2020). Questo documento viene pubblicato in un momento in cui vi è una forte pressione delle associazioni di pazienti, e appaiono sempre con maggior forza concetti come “*healing, empathy, compassion, patient centred, integrity, hope, meaning, biopsychological approach*” (Rosen et al., 2017).

Questo anche grazie alla spinta della “Carta diritti doveri dei pazienti” (adottata dalla Comunità Economica Europea nel 1979), e che viene recepita dagli altri paesi in tempi molto diversi, ad esempio in Cile appare nel 2010. Anche la “*Patient’s right WHO*” (<https://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/>), appare in modi e tempi diversi a seconda dei paesi e delle culture.

Vi sono inoltre due revisioni sistematiche: la prima di Birden nel 2013 che ha l’obiettivo di definire il professionalismo e la seconda di Berger nel 2020 che propone una revisione sull’insegnamento del professionalismo nelle scuole di specialità per identificare le *best practices* (Birden et al., 2014; Berger et al., 2020).

---

<sup>47</sup> “*Principle of primacy of patient welfare, Principle of patient autonomy, Principle of social justice*”. Quest’ultimo concetto si riferisce alle differenze nella salute dovute alla sperequazione dei livelli di salute dovute alle disuguaglianze di reddito, istruzione, opportunità. Si promuove la giustizia sociale quando si riesce a superare le barriere legate al genere, razza, etnia, cultura, età, disabilità o altre fragilità (Schiff, 2012).

<sup>48</sup> In questo contesto non si è voluto aprire al tema del come insegnare e valutare il *professionalism*. Sono due temi che rappresentano in sé un’altra ricerca.

Il *Royal College of Physician and Surgeon* del Canada, nel 2015, pubblica una nuova edizione del *framework* di riferimento per lo sviluppo delle competenze professionali. Identifica 7 competenze che vengono raffigurate come un fiore, ogni petalo rappresenta una competenza: *medical expert* al centro, *communicator*, *professional*, *scholar*, *health advocate*, *leader*, *collaborator* (Frank et al., 2015). Il *medical expert* è al centro in quanto i medici, in qualità di esperti nelle conoscenze mediche, capacità cliniche e valori professionali, forniscono cure di alta qualità e sicure centrate sul paziente. Come *communicator*, i medici costruiscono relazioni con i pazienti e le loro famiglie che facilitano la raccolta e la condivisione di informazioni essenziali per un'assistenza sanitaria efficace. Come *professional*, i medici sono impegnati per la salute e il benessere dei singoli pazienti e la società attraverso la pratica etica, elevati standard personali di comportamento, la responsabilità per la professione e la società, per la regolamentazione legale, e il mantenimento della salute personale. Come *scholar*, i medici dimostrano un impegno permanente per l'eccellenza nella pratica attraverso l'apprendimento continuo e insegnando agli altri. Come *health advocate*, i medici contribuiscono con la loro esperienza a migliorare la salute della comunità. Lavorano con la popolazione per determinare e comprendere i bisogni, parlano a nome della persona quando richiesto, e sostengono la mobilitazione delle risorse per essere agenti di cambiamento, quando necessario. Come *leader*, i medici si impegnano con gli altri membri dell'equipe per contribuire a una visione di un sistema di assistenza sanitaria di alta qualità e assumono la responsabilità nel fornire un'assistenza eccellente attraverso le loro attività come medici, amministratori, studiosi, o educatori. Infine, in qualità di *collaborator*, i medici lavorano efficacemente con altri professionisti del settore sanitario per fornire un'assistenza sicura e di alta qualità, incentrata sul paziente (Frank et al, 2015).

In questa nuova edizione si dichiara che attraverso le competenze chiave si riafferma l'impegno del medico nei confronti del paziente, della società e della professione. Ora c'è una maggiore enfasi sulla salute del medico e sul benessere <sup>49</sup> (Frank et al., 2015),

---

<sup>49</sup> “Key competencies are organized to reflect the commitment of the physician to the patient, to society and to the profession. There is now an increased emphasis on physician health and well-being”.

quindi come dichiara il documento vi è attenzione al benessere del medico, cosa nuova rispetto al tradizionale concetto di *professionalism*.

La competenza viene definita come: una capacità osservabile di un operatore sanitario che si sviluppa attraverso le fasi di expertise dal novizio al master clinic (“*An observable ability of a health care professional that develops through stages of expertise from novice to master clinician*”) (Epstein, 2002; Frank et al., 2015).

Nel documento pubblicato nel 2015, il *professionalism* viene definito: “come professionisti, i medici sono impegnati per la salute e il benessere dei singoli pazienti e della società attraverso la pratica etica, elevati standard personali di comportamento, la responsabilità per la professione e la società, regolamentazione medica, e il mantenimento della salute personale”<sup>50</sup> (Frank et al., 2015). Quindi si può osservare come il tema della salute del medico venga recepito come un fattore rilevante per poter prendersi cura di altri.

Il professionalismo si considera una competenza che può decrescere nel tempo. Una volta raggiunta e valutata non si mantiene stabile durante la vita professionale di uno specialista e dipende dal contesto. Ha bisogno di una costante “manutenzione”, il *burnout* attenta contro il livello e la stabilità del professionalismo (Conran et al., 2018; Ludwig, 2014).

Inoltre, la socializzazione professionale viene definita come un processo attraverso il quale una persona diventa un membro legittimo di una società professionale. Questo processo avrà un impatto potente sulla condotta professionale e morale della persona (Sadeghi Avval Shahr et al., 2019). Spesso si riscontra un gap tra il curriculum esplicito e l’*hidden curriculum*, quello che gli studenti specializzandi, *resident student*, vivono come processo di identità professionale (Gaiser, 2009). Lo sviluppo dell’identità professionale è un processo complesso, che avviene negli ospedali, durante i turni, dove gli studenti hanno la sensazione che il richiedere di rispettare gli orari dei turni

---

<sup>50</sup> “*As Professionals, physicians are committed to the health and well-being of individual patients and society through ethical practice, high personal standards of behaviour, accountability to the profession and society, physician-led regulation, and maintenance of personal health*”.

venga visto come una dimostrazione di debolezza e di sottrazione alle loro responsabilità (Phillips & Dalgarno, 2017; Jarvis-Selinger et al., 2012). In particolare, le tematiche oggetto della presente ricerca, come il *professionalism*, il *care* e il *self-care* sono fortemente influenzate dai modelli più che apprese in aula, sono concetti “incarnati” dai maestri; per questo il curriculum occulto, ossia quanto lo studente apprende spesso in modo inconsapevole, è molto più potente di quanto dichiarato da un documento che definisce il profilo professionale (per questo si suggerisce di creare degli spazi di riflessione - ad esempio il *debriefing* dopo una pratica clinica - dove esplorare il curriculum occulto per modificare o rinforzare gli apprendimenti informali). Inoltre, gli specializzandi percepiscono una forte dissonanza, soprattutto in relazione al tempo libero e *self-care*, con i loro docenti, che spesso “leggono” le loro richieste come pigrizia, il non voler fare piuttosto che il rispetto dei loro diritti. Come “resident”, il tutor si aspetta che siano sempre disponibili 24/7, e ci si chiede come i curricula possano riflettere i valori visti con gli occhi delle nuove generazioni (Bitran et al., 2017; Phillips & Dalgarno, 2017).

Infine, il *professionalism* si considera una competenza multidimensionale, che dipende anche da caratteristiche personali quali “*self-awareness, presence, habits of mind, attentiveness, critical curiosity*” (autocoscienza, presenza, abitudini della mente, attenzione, curiosità critica), (Epstein, 2002; Ludwig, 2014).

### **1.5.2 Professionalism, compassion fatigue e moral distress**

Un ambiente altamente stressante, esigente, con alte aspettative, tempo limitato e spesso con sensazione di inadeguatezza per fare fronte alla sofferenza del paziente, può provocare un forte stress nei professionisti della salute, problemi personali, difficoltà nel lavoro, insoddisfazione e molto *turnover* (Houpy et al., 2017; Sinclair et al., 2017; Grendar et al., 2018). Negli ultimi vent’anni, il concetto di *compassion fatigue* ha ricevuto una notevole attenzione anche a causa dell’aumento di *burnout* e come risposta importante allo stress, soprattutto da parte delle infermiere e degli infermieri, sottoposti frequentemente alla sofferenza, al processo del morire, associati anche a turni lunghi, ambiguità nel ruolo, relazioni interpersonali difficili, risorse limitate e

sensazione di perdita di controllo (Frank et al., 2015; Hamilton et al., 2016; Tucker et al., 2017). Questo si intensifica in particolare in alcuni ambienti, come gli ambienti intensivi, critici, oncologici, con pazienti traumatizzati e cronici (Kalra & Punyani, n.d.; Račić et al., 2019). La *compassion fatigue* è un concetto che nasce nell'ambito della psicoterapia (Sinclair et al., 2017), e dopo molti anni di accordo sulla validità del costrutto, recentemente è stato messo in discussione da una *scoping review* che evidenzia come il concetto sia stato poco studiato nell'ambito della salute. Il concetto di *compassion fatigue* non è generalizzabile nei diversi *setting* dei professionisti della salute (Kow et al., 2020). Alcuni ritengono che il concetto di *compassion fatigue* sia in verità difficile da definire, in quanto risulta problematico e senza la possibilità di una validità di costrutto. Sebbene vi sia questa difficoltà nella definizione e validazione, si considera una pietra miliare riguardo la qualità dell'assistenza (*cornerstone of quality healthcare*) (American Medical Association, 2001; Fletcher et al., 2005; Wei et al., 2017). Si tratta quindi di un concetto complesso, spesso usato come sinonimo di altri indicatori di stress da lavoro, e che recentemente si relaziona con la fatica emotiva che provoca nel professionista della salute il prendersi cura di persone molto sofferenti. Dall'altra parte alcuni recenti studi hanno dimostrato che l'esprimere la compassione potrebbe mitigare lo stress da lavoro risultando pertanto come qualcosa di positivo. Si è visto inoltre come la compassione sia una competenza core per i professionisti della salute, e che l'età abbia una relazione inversa o non in relazione con la *compassion fatigue*, ossia che l'essere professionisti meno giovani non significa aver maggior livello di *compassion fatigue* (Sinclair et al., 2017). Infine, si è visto come - dalla fase preclinica a quella clinica - vi sia una diminuzione dell'empatia, della *compassion satisfaction* e un aumento del *burnout*. Dalla letteratura si raccomanda che le teorie sulla *compassion fatigue* possano essere la base di programmi di studio per aiutare gli studenti a imparare e sopravvivere alla *compassion fatigue* e al *burnout* durante la scuola di specialità (Tucker et al., 2017).

### 1.5.3 Professionalism e Self-care

Associando i due concetti di *professionalism* e *self-care* appare una letteratura vastissima e non specifica, ossia che non risponde in modo focalizzato e specifico al quesito della ricerca. Spesso risultano articoli sull'educazione e *self-care* del paziente.

Appare il *self-care* come la capacità di prendersi cura, misurata anche in cura personale del corpo, ad esempio igiene personale, o nel tempo libero, la spiritualità, il partecipare a corsi di yoga, il nutrirsi bene e assistere alle visite mediche (Ayala et al., 2017). Si considera come un desiderata, come una necessità curriculare (Outram & Kelly, 2014), pertanto, secondo gli autori analizzati, il *self-care* dovrebbe essere inserito lungo tutto il curriculum, ed essere parte dei programmi dei centri di *faculty development*, anche come un progetto di *life long learning* per i professionisti della salute (Byszewski et al., 2012). In genere si introducono i concetti di *self-care* nei primi anni, preclinici, e spesso vengono considerati insegnamenti “*soft*” da parte degli studenti di medicina e si è visto che l'impatto non si sostiene nel tempo. Purtroppo, i risultati degli interventi non sono consistenti, in quanto spesso non vengono sottoposti a metodi di valutazione rigorosi (Outram & Kelly, 2014). Il *self-care*, in particolare in questi ultimi anni, viene introdotto con corsi di *mindfulness*, yoga, etc. ma non si relaziona nello specifico con il professionalismo (Outram & Kelly, 2014). Anche il *coaching* e il *mentoring*, che hanno un ruolo chiave per l'apprendimento del comportamento professionale, sembrerebbero avere un ruolo importante per il modellamento del *self-care*, ma per ora la letteratura è poco consistente su questo (Lovell, 2018; Passi et al., 2013). Inoltre, alcuni autori evidenziano che l'*outcome* del paziente viene influenzato dal benessere del medico e dello specializzando; un curante con meno capacità di *self-care* sembra essere meno capace di prendersi cura di un'altra persona anche se non vi sono sufficienti evidenze su questo aspetto, gli studi spesso si basano su questionari con scale di autovalutazione del benessere (Minford & Manning, 2017).

Gli studenti specializzandi spesso fanno fatica a chiedere aiuto quando si sentono in difficoltà, (il chiedere aiuto viene percepito come un fattore di debolezza), in un ambiente che spesso viene definito “tossico”, a causa del *bullying*, incertezza, discriminazione, abusi, cinismo e la tendenza a criticare gli altri (Minford & Manning, 2017). Sarebbe lo stesso ambiente che impedirebbe allo studente specializzando di chiedere

aiuto quando si trova in difficoltà per lo stress o il *burnout*, a causa del forte stigma sociale legato soprattutto ai problemi di salute mentale (Bitran et al., 2017).

Si evidenzia una certa difficoltà anche da parte dei docenti nel provvedere aiuto e appoggio per lo studente ammalato (Pérez-Álvarez et al., 2019). Gli specializzandi dichiarano che non hanno spazio per il *self-care*; e se si ammalano non c'è un reale spazio per prendersi cura di sé senza perdere a livello curricolare/formativo (Wei et al., 2017). Sembrano esserci le *intenzioni*, soprattutto a livello delle istituzioni accademiche; tuttavia, questo non trova spazio reale nei tempi del campo clinico, oberato di lavoro assistenziale.

#### **1.5.4 Professionalism e Burnout**

Il *burnout* viene definito come “una sindrome derivante da stress lavorativo e può essere caratterizzata da esaurimento emotivo (sentirsi sopraffatti dalle esigenze lavorative e da esaurimento delle risorse emotive), depersonalizzazione (sentimenti di cinismo e distacco verso i pazienti) e sensazione di ridotta realizzazione personale (diminuzione del senso di competenza e di realizzazione nel lavoro)” (Busireddy et al., 2017). Il *burnout* è particolarmente elevato nei medici specializzandi e nei medici rispetto alla popolazione generale (Busireddy et al., 2017). In questi ultimi anni il *burnout* e lo stress sono stati misurati con molteplici strumenti, il più utilizzato, e da più tempo, è il Maslach Burnout Inventory (MBI), di 22 items (McLuckie et al., 2018; Patel et al., 2019; Williams et al., 2015; Tian et al., 2019; Y.-J. Wang et al., 2012). È particolarmente studiato dalla psicologia del lavoro.

Gli studenti di medicina in genere hanno livelli di stress e *burnout* superiori alla popolazione generale. Nella scuola di medicina si relazionano all'esigenza accademica e all'ambiente, ai quali rispondono nei primi anni - preclinici - con meccanismi di *coping* cognitivi (basati sulla soluzione del problema) che sembrano essere più efficaci, mentre nella fase clinica passano a meccanismi di *coping* emotivi (basati su risposte quali l'ansia, l'evitamento, etc., poco efficaci, soprattutto negli ultimi anni) (Schiller et al.,



2018). Si è anche cercato di vedere la relazione con la capacità di resilienza degli studenti di medicina, che sembra essere abbastanza alta, almeno nei primi anni (Sandover et al., 2015; Houpy et al., 2017).

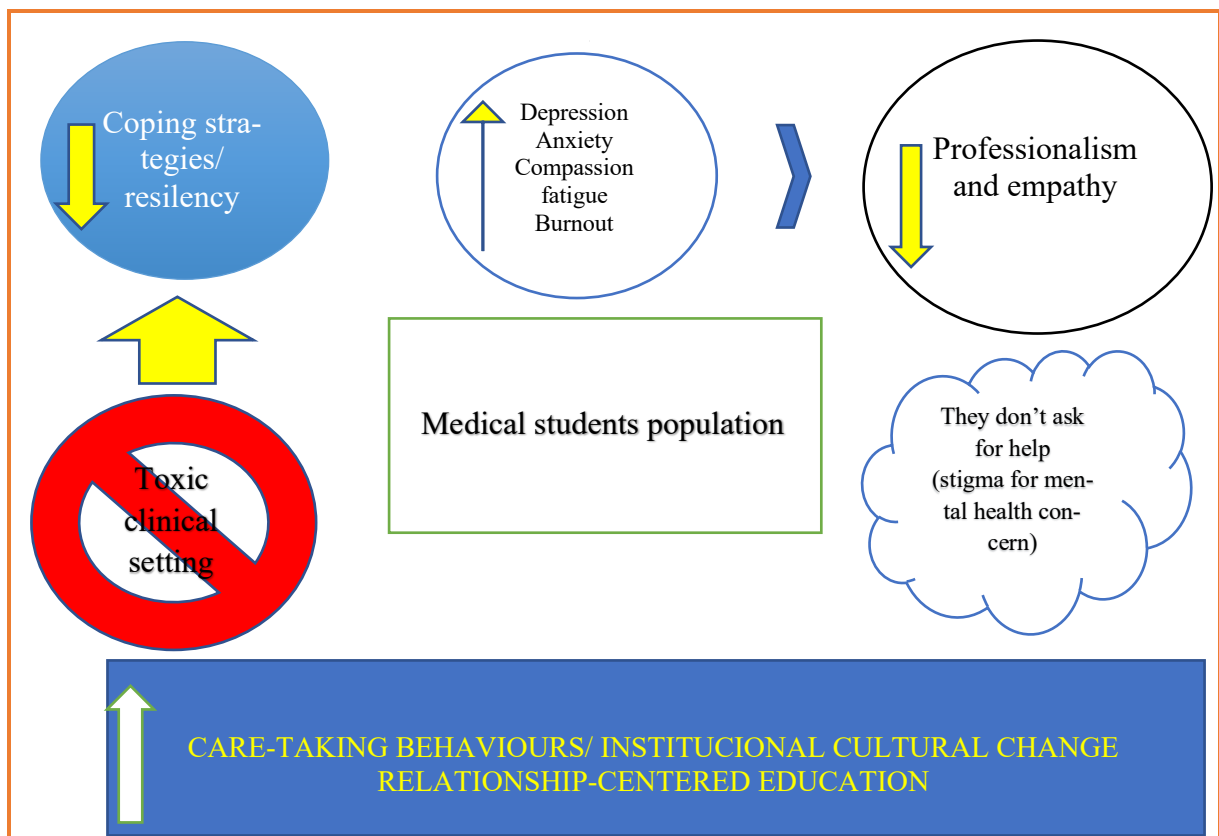
Nella scuola di specialità lo stress è dovuto principalmente a fattori ambientali, eccessiva tecnologia, lavoro amministrativo, al *caring* e a fattori personali, come aspetti economici, cura dei figli, etc. (elementi di stress che gli studenti della scuola di medicina hanno meno) (Kassam et al., 2015; Fernanda et al., 2014). C'è una grande barriera nel riconoscere il malessere e nel cercare aiuto, che impedisce di sapere come gli studenti si sentano veramente. Gli studenti temono di essere stigmatizzati, hanno un atteggiamento difensivo per paura e vergogna nel richiedere aiuto per problemi di stress. (L. Dyrbye & Shanafelt, 2016). Di solito risolvono con abuso di droghe, alcool, etc. e questo porta a un aumento di incidenti (per esempio in moto), e si relaziona direttamente con errori medici e “mala praxis” (Thompson et al., 2016; Busireddy et al., 2017).

Gli interventi relativi al *burnout* dovrebbero essere basati su evidenze e a lungo termine. Questo suppone però un'introduzione di un nuovo paradigma basato sulla promozione del benessere e l'educazione dei medici specializzandi. Molti articoli descrivono gli interventi che si basano su *mindfull*, pensiero critico, auto efficacia (Ripp et al., 2017a); anche il conoscere i segni, i sintomi e le caratteristiche del *burnout* da parte degli educatori potrebbe essere protettivo per identificare gli studenti a rischio (IsHak et al., 2013; Wolpaw, 2019).

Anche le agenzie di accreditamento (Vassar, 2015) si sono preoccupate del tema, infatti un primo intervento realizzato è stato la riduzione delle ore settimanali di lavoro clinico degli specializzandi. Questo primo intervento (anno 2000) riduce del 10% lo stress, tuttavia da solo non è sufficiente, perché spesso lo studente non destina il tempo al riposo o allo studio (Fletcher et al., 2005). Emerge inoltre che gli interventi disegnati per ridurre lo stress non dovrebbero essere extra curriculari o elettivi, il rischio è gli studenti potrebbero rifiutarli. Dovrebbero essere inseriti in uno spazio integrato, rinunciando o riducendo altri aspetti (L. N. Dyrbye & Shanafelt, 2011).

Alcuni articoli parlano del ruolo del *mentor* e della riflessione, anche tramite gruppi Balint (Teorie su *careers guidance*: GROW Model; Egan Skilled Helper Model; Sandars, 2009; Outram & Kelly, 2014). Anche le *medical humanities* sembrano avere

un ruolo protettivo per mantenere il benessere dello studente, per esempio attraverso il *reflective storytelling*, ossia l'utilizzo della scrittura per riflettere su diverse tematiche ed esperienze (DasGupta & Charon, 2004; Zannini, 2011). Inoltre, dalla letteratura emerge che si dedica poco spazio a interventi di tipo preventivo sullo stress e *burnout* perché considerati molto costosi, quando invece il preoccuparsi dei futuri specialisti permetterà di avere una popolazione di medici più sana (Ripp et al., 2017b; Patel et al., 2019). Sebbene le scarse risorse limitino gli interventi, si è visto che gli effetti delle attività e corsi dedicati al benessere possono essere di lunga durata e con notevole impatto sui pazienti. L'attivazione di percorsi specifici e di interventi contro il *burnout* diventano oggi un imperativo etico ed economico (Ripp et al., 2017a). Si veda anche l'attività del gruppo CHARM (*Collaborative for Healing and Renewal in Medicine*). In base a quanto discusso sinora, si propone uno Schema riassuntivo della relazione tra i concetti emersi nella Figura 2.



**Figura 2:** Schema riassuntivo della relazione tra i concetti emersi

Commento alla figura: gli studenti di medicina entrano in genere nelle scuole con un buon livello di resilienza e meccanismi di coping efficaci, che si perdono negli anni clinici, a causa di un ambiente clinico definito “tossico”, e che sfociano in *compassion fatigue*, *moral distress* sino a portare a *burnout* nelle scuole di specialità. Questo ha un severo impatto sul professionalismo. Gli interventi puntuali, come corsi, laboratori non si dimostrano efficaci a lungo termine, dovrebbero invece essere accompagnati da una ristrutturazione istituzionale, che preveda una ridefinizione curriculare, spazi dedicati al benessere (anche lo studio di aspetti teorici, come la psicologia positiva) e la formazione dei supervisori clinici alle teorie sul benessere (*faculty development*).

### **1.5.5 Professionalism, self-care e resident student**

La ricerca su *resident and self care* riporta studi maggiormente centrati sul *care* del paziente, non tanto orientati al *self-care*. Emergono studi dove si presentano esperienze con laboratori, workshops, seminari, interventi per la *mindfulness*, corsi per *self-compassion* e riduzione del *burnout*. In generale gli studi sono svolti in un periodo breve, con pre e post test, e non si misura l’impatto a lungo termine (Aggarwal et al., 2017; Olson & Kemper, 2014; Kemper & Yun, 2015).

La revisione qui oggetto di studio evidenzia anche risultati di laboratori realizzati con l’obiettivo di aumentare *compassion* e *care* verso il paziente. In alcuni casi i risultati riportano aumento di empatia (Blanco et al., 2013). A causa dello stress percepito vi è anche un abbandono prematuro delle scuole di specialità, i dati informano che supportare gli studenti con guida individuale durante il programma con enfasi nell’equilibrio tra specialità e vita personale potrebbe avere un impatto positivo (Bustra et al., 2019). Si riporta anche il ruolo positivo di programmi di *mentorship* (Jordan et al., 2019) e di specifici programmi dove i supervisori sono formati per attivare benessere nel residente. (Lacasse et al., 2009), sebbene l’evidenza resti tuttavia molto debole (Zhang et al., 2017).

Gruppi di supporto e strategie di *coping* sembrano avere un valore positivo per ridurre l'ansia degli specializzandi (Satterfield & Becerra, 2010), inoltre l'introduzione di percorsi specifici sul professionalismo nelle scuole di medicina sin dal primo anno sembra avere un ruolo protettivo durante tutto il percorso successivo (Seymour et al., 2018). Anche in questo caso le *medical humanities*, in particolare la *narrative medicine*, sembrano avere un ruolo protettivo per aumentare *self-care and compassion* (Lijoi & Tovar, 2020); invece vi è una debole evidenza su relazione tra *mindfull* e una pratica maggiormente compassionevole (Olson & Kemper, 2014)

Purtroppo, permangono per ora scarse evidenze su interventi che effettivamente determinino *self-care* e benessere a livello professionale nel residente (McCray et al., 2010). Durante l'epoca COVID-19 sono esplosi gli articoli sul tema in quanto lo stress è aumentato esponenzialmente, ma in questa fase della revisione non sono stati presi in considerazione quelli sulle iniziative per ridurre lo stress, in quanto significherebbe aprire un altro tema.

### **1.6 Professionalism e self-care: un nodo critico**

Si è visto come dal 2015 il numero di pubblicazioni sul professionalismo è notevolmente aumentato se non raddoppiato; tuttavia, dallo studio della letteratura emerge una certa complessità nella definizione, dovuta anche ai diversi contesti culturali e sociali e alle politiche delle diverse istituzioni. Il Can MED nel 2015 fornisce una definizione della competenza del professionalismo del medico e i concetti chiave relazionati, costituendo un *framework* di riferimento utile per le scuole di specialità, ma che non sempre viene riportato e plasmato a livello curricolare in contenuti, metodologie e valutazione coerenti. Il professionalismo viene inserito come MeSH-term in PubMed nel 2016. In questo contesto, per l'analisi della ricerca empirica si prenderà come *framework* di riferimento quello proposto dal Can Med.

Si è visto inoltre che, in un ambiente altamente gerarchico, definito tossico, il *self-care* viene spesso percepito come pigrizia o voglia di sottrarsi alle responsabilità da parte dei tutor o colleghi. È a partire dall'esperienza clinica - nell'ambiente clinico e con i supervisori clinici - che l'empatia e il professionalismo dello studente cominciano a

decrescere, sfociando nel *burnout* nelle scuole di specialità. Il processo di professionalizzazione, l'acquisizione del ruolo, il dover sopravvivere all'ambiente lavorativo, fa sì che lo specializzando si adatti a una realtà che lo porta a non prendersi cura di sé, dove il malessere viene stigmatizzato sfociando molto spesso nel *burnout*. Il professionalismo resta molto orientato a tutt'oggi al *caring* ed empatia per il paziente, che, come si è visto, decresce con aumento anche di errori e di "mala praxis". Il *self-care* viene misurato in pratiche dello studente, che lo studente attiva, a livello personale, ma non viene esplicitato a livello professionale, nel curriculum. Inoltre, non sempre gli studenti valorizzano i programmi, corsi, che vengono attivati per il *self-care* in quanto non viene validato come pratica dai colleghi esperti; infatti, non è parte della cultura sanitaria che il professionista si prenda cura di sé.

Il richiamo al *self-care* come una pratica riflessiva, "incarnata" nell'ambiente, nell'essenza dell'essere professionale, deve essere considerata un elemento core del curriculum, in un curriculum fortemente basato sulle relazioni, la fiducia, il benessere, il rispetto, la ricerca del bene per sé e per l'altro, dove la cura di sé diventi il nodo centrale visibile<sup>51</sup>.

La bibliografia su *professionalism* e sulla tematica *burnout* è risultata estremamente vasta e dispersa, e questo ha reso il lavoro di revisione estremamente complesso. Inoltre, si è visto come la ricerca della relazione con il *care* porti all'assistenza al paziente, non evidenziandosi una relazione diretta con il *professionalism*, e come il *self-care* sia stato solo recentemente introdotto e ancora poco recepito nei programmi formativi.

La ricerca effettuata cercava la relazione tra *professionalism care* e *self-care*, come si agisce, come si può rendere evidente nelle istituzioni e curricula. Si è visto come questa relazione risulti poco evidente, molto dispersa, ancora iniziale, legata a conflitti e timori (il difficile equilibrio tra l'esigenza e il dare spazio al benessere dello studente o del professionista). In questo momento, in cui gli studenti specializzandi e i professionisti sanitari stanno sperimentando un alto livello di malessere e *burnout*, diventa questione attuale e rilevante capire come i pratici vivono tutto questo. Una scienza

---

<sup>51</sup> In allegato E si riporta l'articolo pubblicato nel 2021, si propone una riflessione critica sulla formazione dei medici specializzandi alla luce dei risultati della revisione realizzata.

rigorosa si basa anche sul dato fattuale, sull'esperienza delle persone, e questo significa fare un'analisi fenomenologica del concreto.

Dopo aver visto in letteratura le possibili relazioni, è ora necessario entrare nella realtà e vedere cosa emerge in relazione al *professionalism*, *care* e *self-care* nella quotidianità dei pratici in un periodo difficile come quello della pandemia. Si è visto cos'è il *professionalism* e che al centro vi è il prendersi cura di sé e di un altro, ma questo è vero? La realtà conferma questo?

## 2 Aspetti teorici sul metodo fenomenologico empirico

### Introduzione

I metodi qualitativi sembrano essere i più adeguati per indagare sull'esperienza umana. Fra questi, il metodo fenomenologico occupa un posto di rilievo poiché si interessa dell'essenza delle cose e ha come oggetto di studio i vissuti. Considerando l'applicazione del metodo fenomenologico come strumento di ricerca nelle diverse scienze umane e la domanda che guida la nostra indagine, abbiamo ritenuto che il metodo fenomenologico empirico fosse il più coerente per condurre la nostra ricerca. Inoltre, il metodo fenomenologico costituisce un valido punto di riferimento in quanto la fenomenologia si configura come una scienza rigorosa e garante di credibilità scientifica. In questo capitolo si descrivono i principi teorici di riferimento per poter portare avanti una ricerca qualitativa di tipo fenomenologico empirico. La letteratura sul tema è molto vasta, per questo lavoro di ricerca si farà riferimento soprattutto agli scritti e alla teorizzazione di Luigina Mortari sul metodo fenomenologico empirico. In una prima parte del capitolo si presenta la fenomenologia e che cosa caratterizza la fenomenologia empirica, come metodo privilegiato per poter studiare un fenomeno nel concreto attuarsi. Si cercherà inoltre di introdurre brevemente all'*epistemologia naturalistica* e alla ricerca qualitativa, in particolare a come si arriva a identificare e a precisare la domanda di ricerca, i partecipanti significativi e i tipi di campionamento. In seguito, si cercherà di porre le basi per un *disegno emergenziale-evolutivo* che risponde a un *metodo a-metodico*, ossia che si va strutturando gradualmente secondo ciò che rivelano i dati. Infine, si presenteranno i diversi metodi di raccolta di narrazioni, gli aspetti etici relativi a una ricerca qualitativa e il ruolo del ricercatore in una ricerca fenomenologica.

Nella seconda parte del capitolo si presenteranno le *sequenze euristiche* che strutturano il metodo fenomenologico empirico e i principi del metodo fenomenologico. Infatti, su questo si basa la fenomenologia empirica: sul rispetto delle sequenze, su come si accede ai dati (scelta del metodo) e sulla scelta dei partecipanti, sulla rigosità del metodo, la sua descrizione precisa, e su come il ricercatore “controlla” i suoi *biases* (percorso che emerge nel diario della vita della mente). Il descrivere e il ripercorrere

il percorso svolto è uno dei punti cardine del metodo fenomenologico empirico per garantire la “bontà” dei risultati.

## **2.1 Filosofia fenomenologica**

Tra i metodi qualitativi, il metodo fenomenologico ha un posto di rilievo (Barritt et al. 1983; Giorgi 1985; Van Manen, 1990; Anderson 1991; Angus et al. 1991; Karlsson, 1993; Moustakas 1994; Ray 1994; Creswel 1998; Cohen et al. 2000; Dahlberg, 2006; Bengtsson, 2013a; Zahavi and Martiny, 2019), che poi nel tempo è stato ampiamente usato soprattutto nell’area delle scienze umane e sociali, come l’antropologia, la pedagogia, la psicologia, la sociologia, le scienze delle organizzazioni e le scienze della salute (Mortari, 2023; Öhlen, 2023). La filosofia fenomenologica ha per interesse principale l’essenza propria delle cose, l’essenza pura in quanto aspira a una conoscenza dal valore generale. Il fondatore del metodo della filosofia fenomenologia è considerato Edmund Husserl, che definisce che il primo cardine di un pensiero rigorosamente scientifico è il cercare un metodo capace di accedere ai fondamenti del sapere (Mortari, 2017; Creswell, 1998; Giorgi, 2000; Dowling, 2006; Aspers, 2009). Scrive Husserl: «la fenomenologia pura o trascendentale non verrà fondata come scienza dei dati di fatto, ma come scienza di essenze (o eidetica); a interessare non sono i fenomeni reali ma «quelli trascendentalmente ridotti» (2002, p. 6). Husserl mette esplicitamente in opposizione i “dati di fatto” e le “essenze”, che diventa opposizione fra la dimensione dei fenomeni temporali e quelli trascendentali che sono per la fenomenologia quelli fondativi di ogni ricerca. I dati trascendentali sono puri o purificati perché liberati da ogni concrezione materiale; in quanto tali li chiama “irrealtà” e assegna alla fenomenologia il compito di analizzare “queste irrealtà”, in quanto considerata “condizione necessaria per realizzare l’idea di una conoscenza come cominciamento assoluto, e tale può essere solo una scienza di essenze e non di dati di fatto” (Mortari, 2023, p.6). L’obiettivo della riflessione fenomenologica è di porre le basi di una «scienza rigorosa mediante la riflessione critica e indagini sempre più approfondite sul metodo» (Husserl, 1990, p. 35) (Mortari, 2023, p.10). Nelle “Ricerche logiche” (opera 1900-1901) Husserl delinea il cardine di un pensiero rigorosamente scientifico: cercare un metodo



capace di accedere ai fondamenti del sapere che abbia per oggetto «cose afferrate e intuite immediatamente»; un tale metodo non si perde «nella discussione di punti di vista, ma lascia l'ultima parola alle cose stesse e al lavoro intorno a esse» (ivi, pp. 7-8). Qui sta il fascino epistemologico della fenomenologia: adottare il principio dell'andare alle cose stesse per coglierle nel loro essere proprio (Mortari, 2023, p.10). E per la fenomenologia la solidità è data dal tenere l'attenzione legata al fenomeno nel suo apparire (Mortari, 2023, p.10), in quanto “il fenomeno non è qualcosa di incidentale, ma è l'essere che viene alla presenza” (Mortari, 2023, p.12). Per questo la fenomenologia viene definita la scienza dei fenomeni. Inoltre, si trova già in Aristotele che “i fenomeni non sono solo i fatti del mondo esterno, ma anche i contenuti della mente” (Mortari, 2023, p.23), a un livello cognitivo, spirituale, estetico, etico, affettivo (Mortari, 2023). Prendere in esame i nostri pensieri sulle cose significa descrivere il mondo così come appare. Si può dunque enunciare il primo imperativo epistemico del metodo fenomenologico: “partire dai fenomeni e stare con l'attenzione concentrata su ciò che appare” (Mortari, 2023, p.24).

Per la fenomenologia, occuparsi della realtà significa interessarsi ai fenomeni, così come li percepiamo. I fenomeni oggetto di considerazione, come si è visto, non sono solo i fatti che accadono, ma anche “le cose che si pensano, le cose del mondo interno della mente, i vissuti della coscienza” (Mortari, 2017, p.59).

A rendere interessante la fenomenologia dal punto di vista epistemologico è l'imperativo che assegna alla mente del ricercatore il compito di occuparsi di qualsiasi cosa che appare alla coscienza nella maniera in cui essa appare, di nulla di più di quanto appare e di nulla di meno. L'atto epistemico fondamentale è *l'intuizione delle essenze*, come conoscenza a priori. Attenersi al modo preciso che ha la cosa di apparire significa cogliere il suo profilo originario.

La mente del fenomenologo è definita da Husserl un “io desto”, perché rispetto al flusso dei vissuti «attua costantemente la coscienza nella forma specifica del cogito» (Mortari, in press, 2023, p.60). Per “l'io desto” i vissuti della coscienza non si limitano ad accadere, ma vengono posti sotto lo sguardo dell'attenzione interna. Nell'atteggiamento naturale non siamo consapevoli dei vissuti cognitivi, questi semplicemente accadono. Costantemente pensiamo, ma non necessariamente siamo consapevoli del modo dell'accadere dei pensieri. Tuttavia, in ogni momento possono diventare oggetti

intenzionali quando si attua il principio metodico del “fermati e pensa”. La mente, in quanto *cogito*, produce *cogitationes* (gli atti del pensare), rispetto alle quali i vissuti sono i *cogitata* (gli oggetti del pensare). “La riflessione sui vissuti della mente può rimanere un atto semplicemente vissuto, cioè un atto fluido del pensiero che semplicemente accade, oppure, quando l’intenzione è quella di affinare il metodo dell’attenzione interna per cogliere l’essenza dei vissuti, assumere una forma predicativa che si traduce nel corpo della parola scritta che documenta i vissuti” (Mortari, 2023, p.62). Si è visto quindi come alla fenomenologia interessi l’insieme dei predicati essenziali e le verità essenziali, mentre alla scienza d’esperienza interessano le qualità esperite nel concreto della realtà vissuta. Quello che ci interessa indagare nella nostra ricerca è la elaborazione di significati che le persone “riescono” a trasmettere al ricercatore per arrivare a identificare le qualità che costituiscono la singolarità e l’individualità della cosa.

## **2.2 Il metodo fenomenologico per la scienza d’esperienza**

Mentre la filosofia fenomenologica si interroga su cos’è una cosa in generale, le scienze empiriche studiano un fenomeno nel concreto attuarsi. “La fenomenologia, come scienza eidetica, è interessata al mondo delle invarianze, mentre la ricerca empirica si occupa dei dati di fatto” (Mortari & Saiani, 2013, p.61). Si parla in questo caso di essenza empirica o concreta. Le scienze di idealità dicono in che cosa consiste l’essenza di una cosa in generale, mentre le scienze empiriche cercano l’essenza concreta del fenomeno prendendo in esame un numero adeguato di manifestazioni del fenomeno (Aspers, 2009). Per la scienza empirica la definizione dell’essenza eidetica è preconditione per identificare la qualità dei fenomeni indagati, rappresenta il presupposto da cui partire per identificare gli oggetti fenomenici. La concettualizzazione eidetica è necessaria per individuare l’oggetto della ricerca empirica. Quindi se ragioniamo fenomenologicamente, per costruire una conoscenza valida si deve cogliere l’essenza del concreto di tale pratica. L’essenza è un’invariante, quel nucleo di proprietà senza le quali una realtà non sarebbe quella realtà. “L’essenza di una cosa, messa in parola, permette ad altri che non hanno avuto l’esperienza diretta di poter cogliere

intuitivamente le sue qualità essenziali e necessarie per le cose dello stesso tipo” (Mortari, Zannini, 2017, p.60). Per esempio, questo richiede di individuare tutte quelle qualità che sono, nel nostro caso, i tratti costitutivi dell’esperienza dei professionisti della salute durante la pandemia. “Il metodo d’indagine che va alla ricerca dell’essenza del concreto si può definire come metodo fenomenologico empirico” (Mortari, 2013, p.63).

Mentre l’essenza eidetica è colta con l’intuizione, l’essenza concreta è pazientemente definita attraverso successivi atti di analisi e di messa in ordine dei dati emergenti, attraverso un processo di catalogazione che permette di costruire induttivamente le categorie. L’essenza di una cosa è ciò che vale per ogni altra cosa cui può essere attribuita la stessa etichetta nominale. Un sapere rigoroso si basa sul dato così come viene vissuto, basarsi sul dato significa fare un’analisi fenomenologica del concreto. E considerando che nel mondo contingente i fenomeni variano continuamente, “è legittimo parlare di un’essenza del concreto che è contingente e situata” (Mortari, 2017, p.62). Questo tipo di essenza, particolare, singolare, locale, si distingue dall’essenza generale che è l’essenza in genere di una serie di fenomeni (Aspers, 2009).

### **2.2.1 I principi del metodo fenomenologico empirico**

La fenomenologia è un metodo e ogni metodo è tale perché indica modi di accesso all’oggetto tali da garantire di esso una conoscenza adeguata. Qui di seguito sono presentati i principi del metodo fenomenologico contestualizzati nella ricerca empirica.

Il primo è *la descrizione/narrazione*, ossia l’essenza del metodo è descrivere. L’atto del descrivere per la fenomenologia viene identificato come il metodo adeguato a cogliere l’essenza dei fenomeni. Quindi dire la cosa così come appare. Alla teoria si previene dunque attraverso azioni di descrizione (Mortari, 2017; Mortari, 2023).

Il secondo principio è quello di *fedeltà*. Il principio di fedeltà viene considerato da Husserl il principio di tutti i principi (Aspers, 2009; Mortari, 2023). Questo principio stabilisce che ogni cosa ha il suo modo di apparire e per costruire una conoscenza oggettiva è necessario attenersi al profilo con cui la cosa appare. Essere fedeli alle cose

significa dedicare il lavoro del pensiero a cercare una conoscenza il più possibile precisa del modo in cui le cose si rivelano e quindi trovare precise parole che dicano fedelmente le qualità. Il principio di fedeltà si articola in due principi: il principio di evidenza e il principio di trascendenza. Il primo stabilisce che ogni cosa ha un modo specifico di apparire per quello che è, mentre il secondo afferma che ogni cosa ha un modo specifico di essere al di là di quanto appare. Applicare il principio di evidenza significa costruire la descrizione solo sui dati evidenti, mentre il principio di trascendenza dice di seguire gli indizi per cercare quello che ad un primo sguardo non si può cogliere. In questo senso risulta molto complesso essere fedeli all'evidenza e allo stesso tempo lasciare apparire "barlumi" di essenza evitando di rinchiuderli dentro forme preventive di accedere al dato. Per questo è indispensabile avere una certa disposizione della mente, che sia capace di una "passività massimamente ricettiva" (Mortari, 2017, p.65).

Il terzo principio è l'*epochè*. Per realizzare una descrizione quanto più fedele possibile al fenomeno, Husserl suggerisce la mossa epistemica dell'*epochè* o *bracketing*, ossia sospendere la validità delle conoscenze già definite e mettere in parentesi ogni teoria già data e possibilmente ogni interpretazione (Creswell, 1998, p.52; Polit, 2014, p.292). Questo per poter pervenire a una descrizione il più fedele al fenomeno, cosa assai difficile in quanto l'atteggiamento mentale naturale non resta neutro nei confronti del fenomeno oggetto di studio. Gli atti mentali non sono puri, ma entrano in relazione con il fenomeno attraverso uno sguardo pieno di conoscenze, opinioni e di teorie pre-date. La validità di una conoscenza dipende da quanto si è fatto agire il principio di lasciar parlare le datità con cui un fenomeno appare e dal grado di fedeltà con cui un fenomeno è descritto (Mortari, 2017, p.66). Viene quindi richiesto al ricercatore di mettere tra parentesi ogni contenuto della mente pre-dato. L'*epochè* fenomenologica esclude il ricorso a qualsiasi giudizio pre-dato nei confronti della realtà, e questo vale anche per le aspettative che la mente tende a coltivare riguardo agli esiti della ricerca. Esercitando l'*epochè* non si mette in dubbio il valore di certe conoscenze, semplicemente non se ne fa alcun uso, le si lascia in sospeso. Per questo che il ricercatore analizza la letteratura sull'argomento se non alla fine del percorso, per non lasciarsi influenzare dalle categorie di altri studi che impedirebbero che l'atto conoscitivo sul fenomeno sia autenticamente rischiarante. L'*epochè* è un principio metodico essenziale

al quale tendere costantemente, aiutati da alcuni strumenti, come il diario della vita della mente (Mortari, 2017, p.67). Da cercare non è il vuoto della mente, in quanto non è possibile fare deserto di ogni teoria, ma quel lavorare che la mente fa su sé stessa per preparare un terreno cognitivo che non è riempito di teorie già formulate in modo che possa accogliere il dire dell'altro. Questo per dare spazio all'io parlante e non metabolizzarlo dentro versioni interpretative già date (Mortari, 2013, p.85). Una buona conoscenza è quella che si fonda su un'epistemologia etica, il cui principio primario consiste di mantenere sempre l'altro inviolabile rispetto ai dispositivi cognitivi del ricercatore. Pertanto, il lavoro di *epochè* si attua attraverso la disciplina della riflessione: questo comporta un'osservazione costante delle azioni cognitive e dei prodotti che da essa emergono. Praticare la riflessione significa vigilare sul processo di individuazione dell'unità significativa per capire e per aver chiari i criteri che permettono di decidere cosa va considerato e cosa va tralasciato, capire le scelte che si effettuano, esaminare le parole, capire il percorso cognitivo che porta a portare certe etichette dentro una certa categoria, ecc. Per questo durante tutto il processo di ricerca è utile consultare i testi di metodologia per costruire una buona struttura del metodo (Mortari & Saiani, 2013 p. 86).

Preparare il pensiero a raccogliere evidenze significa coltivare l'attenzione, esercitare l'*epochè*, avere cura delle parole (Mortari, 2023, p.103). Prestare attenzione è la capacità di dirigere lo sguardo su un fenomeno, mantenendolo concentrato su di esso (Mortari, 2013, 67). Il guadagno di conoscenza vera, valida sul fenomeno sarà proporzionale alla quantità di attenzione che il ricercatore è capace di riservare all'altro. È lo stare in attesa senza cercare qualcosa di preciso "in quanto le cose più preziose non vanno cercate ma attese" (Mortari, 2013, p.87). Per questo bisogna tornare più volte a leggere i testi avendo la capacità di "tollerare" il saper stare nel silenzio di significati. È come entrare in un bosco di notte, c'è l'emozione e la voglia di vedere e di trovare, si sente la ricchezza dell'ambiente in cui si è immersi, anche un po' di timore per l'ignoto, ma bisogna saper dominare l'ansia e aspettare il chiarore del mattino per cogliere l'inaspettato. Perché si possa disvelare ciò che c'è e non trovare solo ciò che si sta cercando. Saper andare "sotto" e permettere il disvelarsi richiede molta pazienza e questo porta ad accogliere la fenomenalità dell'essere, accogliere il dato che si dona (Mortari, 2013, p.88). Questo percorso richiede molto tempo per la complessità del

reale e in quanto il lavoro sul campo, direttamente sui fenomeni, richiede una costante messa alla prova del sistema di codifica (*coding system*) (Mortari, 2013, p.89). Inoltre, la ricerca non è un atto isolato, deve essere un'azione condivisa con altri, perché è il confronto che porta all'evidenza le teorie cognitive che filtrano le azioni euristiche. È pertanto necessario sottoporre i dati emersi all'analisi di altri ricercatori, pratici o accademici, che concepiscono l'azione di ricerca secondo una logica partecipativa della teoria che sta prendendo forma. Il confronto con gli altri risulta molto faticoso sia da un punto di vista cognitivo che emotivo; tuttavia, questo determina il guadagno di competenza epistemica derivato dal lavoro di continua negoziazione delle interpretazioni e delle decisioni epistemiche (Mortari, 2017, p.77).

Un principio epistemico essenziale del metodo fenomenologico è *l'aver cura delle parole*. Il processo della descrizione del fenomeno segue un percorso che è guidato dall'intenzione di trovare parole massimamente fedeli a quanto i partecipanti alla ricerca dicono dei vissuti oggetto d'indagine (Mortari, p. 122). Lo sguardo del ricercatore fenomenologico è quello delle parole. Si ha cura delle parole per pervenire a enunciati veri e un enunciato è vero quando c'è accordo tra il senso dell'enunciato e lo stato delle cose cui si riferisce. Il principio husserliano di fedeltà al dato chiede parole fedeli al profilo della cosa e per Husserl le parole sono fedeli quando "coincidono" con l'essenza del dato (Mortari, 2023, p. 122). Nel campo dell'esperienza il percorso per arrivare a pronunciare parole che concordano con lo stato delle cose non è mai finito, perché la fluenza di quell'oggetto che è l'esperienza fatica a stare recintato entro concetti ben delimitati; per questa ragione, a differenza delle scienze eidetiche quelle di esperienza sono destinate a raggiungere una verità sempre approssimativa e la necessità di tornare costantemente sui dati.

Verificare la correttezza e la rigorosità di applicazione del metodo significa "poter in ogni momento convincere che gli stati di cose che trovano espressione negli enunciati metodologici possono essere dati con perfetta chiarezza, che i concetti utilizzati si adattano davvero fedelmente al dato" (Mortari, 2023, p.121).

## 2.3 Introduzione alla ricerca qualitativa

La ricerca, che permette di avvicinarsi a situazioni meno conosciute o laddove si vogliono comprendere situazioni molto complesse e capire l'esperienza delle persone, è quella con disegno qualitativo (Mortari, 2017; Polit, 2017). La ricerca qualitativa negli ultimi anni è stata molto usata nell'ambito sanitario in quanto mette al centro la persona ed esplora emozioni, punti di vista, credenze, valori e comportamenti per capire le scelte esplorando i significati che vengono attribuiti alle esperienze nell'ambito della salute e della malattia (Mortari, 2017; Grosseohme, 2014; Moser, 2017).

- La ricerca qualitativa studia fenomeni nei contesti naturali di individui o gruppi.
- I ricercatori qualitativi cercano di ottenere una comprensione più approfondita delle esperienze, percezioni, comportamenti e processi delle persone e dei significati che ad essi attribuiscono.
- Durante il processo di ricerca, i ricercatori utilizzano un "disegno emergente" per essere flessibili nell'adattarsi al contesto.
- La raccolta e l'analisi dei dati sono processi iterativi che avvengono contemporaneamente durante lo svolgimento della ricerca.

**Box 4** - Caratteristiche chiave della ricerca qualitativa (Moser, 2017).

La ricerca qualitativa mira ad elaborare non teorie dal valore generale, ma teorie locali, definite "*working theories*" che rendono conto con la massima precisione possibile del contesto investigato. Queste teorie sono costruite induttivamente attraverso l'analisi del materiale arrivando a una strutturazione graduale del processo di interpretazione e di sistematizzazione dei dati emergenti (Mortari, 2013; Polit, 2017). I metodi qualitativi risultano i più adeguati a esplorare l'esperienza umana. Fra i metodi qualitativi, il metodo fenomenologico permette di descrivere l'esperienza umana, di entrare in profondità nei vissuti, in come la persona, che vive l'esperienza, li descrive e interpreta. In questi ultimi anni il metodo fenomenologico è stato ampiamente usato nella ricerca in ambito sanitario (Giorgi, 2000; Mortari, 2017). Fare una buona ricerca qualitativa è molto complesso, in quanto si deve garantire rigore nell'analisi dei dati, riflettere molto sul criterio di scelta dei partecipanti e soprattutto essere capaci di sospendere le proprie

opinioni per avvicinarsi alla datià con umiltà e rispetto (Mortari, 2017; Korstjens, 2018).

Quando s'inizia una ricerca è prioritario affrontare alcune questioni epistemologiche: (a) il tipo di ricerca adatta al materiale che si va cercando; (b) il campo epistemologico in cui muoversi, (c) la/le filosofia/e di ricerca, (d) la/le tecnica/che per la raccolta del materiale di ricerca, (e) il dispositivo procedurale di analisi del materiale (Giorgi, 2000; Aspers, 2009; Polit, 2017). Tutte queste si possono definire questioni di ordine metodologico. Tuttavia, in questo contesto non si considera il metodo come un sistema già stabilito, bensì si concepisce come un percorso che si struttura mentre si fa ricerca.

Rispetto a un'interpretazione sistematicistica e razionalizzante del metodo c'è quindi la possibilità di optare per una visione evolutiva ed emergenziale, che in linea con la "*naturalistic inquiry*" (Erlandson et al, 1993; Moser, 2017) concepisce la ricerca come un processo che prevede una continua presa di decisioni, che possono modificare anche sensibilmente il disegno di ricerca inizialmente definito.

"L'opzione epistemologica emergenziale non esclude affatto che prima di iniziare la ricerca si compiano precise scelte metodologiche, poiché senza questa operazione verrebbe a mancare il necessario riferimento per orientare con ordine la prassi, piuttosto concepisce ogni scelta come non definitiva e continuamente ridefinibile alla luce degli esiti che emergeranno nel processo d'indagine" (Mortari, 2013, p.52). Quando si indaga il vissuto esperienziale e la rete di significati che su di esso si elaborano vi è consenso che l'indagine debba avere un taglio fenomenologico.

All'indagine dell'esperienza e sui processi di elaborazione di significato risponde l'epistemologia naturalistica, che si sviluppa laddove avviene il fenomeno oggetto d'indagine (Lincoln e Guba 1985). L'oggetto di indagine è l'esperienza dei partecipanti e diventano dati da analizzare le loro produzioni linguistiche, non un materiale strutturato in modo formale. Si parla di un *disegno emergenziale-evolutivo* del processo di ricerca quando non è possibile strutturare in modo preciso e dettagliato il disegno della ricerca in anticipo (Mortari, 2013; Moser, 2017). Questo non si rende possibile per il contesto, in quanto la complessità dell'esperienza non è racchiudibile dentro un sistema predefinito. "In questo caso l'impianto epistemico si va strutturando gradualmente secondo una logica che tiene conto dei dati che vanno emergendo nel



processo di esplorazione” (Mortari, 2013, p.55). In questo senso Mortari intende il metodo in modo *a-metodico* (Mortari, 2006). Questo richiede un costante impegno analitico e critico, un costante “sorvegliarsi” per attuare una revisione delle azioni metodologiche e pertanto per avere una garanzia dal punto di vista epistemico. “Considerando il metodo come il cammino (dell’attività del pensiero) che si intraprende durante tutto il percorso di ricerca e che prende forma definitiva quando la ricerca si è conclusa, possiamo quindi dire che il metodo non è a priori, ma che si modella durante la ricerca” (Mortari, 2013, p.57).

L’approccio “a-metodico”, che comporta di avvicinarsi a un problema complesso secondo una prospettiva induttiva e, proprio per questo, non anticipatoria, impegna il ricercatore a un atteggiamento riflessivo costante e gli richiede altresì una serie di virtù epistemiche come il rispetto per l’altro, e l’umiltà nel procedere e nel trattare i dati (Mortari, 2006; Giorgi, 2000). L’indagine prevede di entrare nel mondo dei vissuti dei partecipanti, per comprendere a fondo le loro esperienze. Per questo motivo, si ritiene che il metodo di ricerca più adatto sia quello fenomenologico, che assume proprio i vissuti come oggetto da investigare (Mortari, 2007, 2017; Moser, 2017). L’adozione del metodo fenomenologico richiede di seguire il principio di *fedeltà husserliano*, che prescrive di attenersi al profilo con cui le cose appaiono; tale metodo richiede inoltre di adottare la mossa epistemica dell’*epochè*, che implica la messa tra parentesi di pre-conoscenze, precomprensioni e aspettative che potrebbero condizionare l’interpretazione del dato e la comprensione del fenomeno (Mortari, 2007, 2017). Inoltre, richiede tutta una serie di virtù epistemiche: “rispetto per l’altro, umiltà nel procedere, lealtà nel trattare i dati senza forzarli in un percorso” (Mortari, 2013, p.58).

Nella ricerca qualitativa è fondamentale mettere a fuoco la *domanda di ricerca*, la *core question*, che deve essere tenuta presente durante tutto il percorso d’indagine (Moustakas, 1994; Giorgi, 2000; Polit, 2017). La domanda guida tutte le scelte epistemologiche e deve essere sottoposta ad un primo processo di riflessione, in quanto, una volta stabilito l’ambito di ricerca, “dovrebbe coprire un bisogno di conoscenza, una questione poco trattata in letteratura, un vuoto da colmare e che possa avere un impatto sulla realtà e che pertanto merita un approfondimento” (Mortari, 2017, p.23).

La domanda dovrebbe essere aperta e ampia, “in evoluzione, e non direzionale; dovrebbe iniziare con parole come "cosa", “quale” o "come" piuttosto che "perché". Sono

poste in varie forme, dal "*grand tour*" che apre con una domanda più generale a domande più specifiche" (Creswell & Creswell, 2007, p. 99). A seconda del processo di ricerca si potrebbe sentire la necessità di messa a punto o di domande aggiuntive. Questa flessibilità nella progettazione è vista come un punto di forza nella ricerca qualitativa, ma solo all'interno di una metodologia globale coerente (Korstjens, 2017).

L'identificare e precisare la domanda di ricerca spesso richiede molto tempo perché dovrebbe rispondere al criterio di utilità e di novità, cioè che i risultati della ricerca non solo aumentino la conoscenza di un fenomeno, ma che siano anche utili per migliorare la vita e che diano un nuovo contributo per il benessere della comunità oggetto di studio (Mortari, 2017).

Quindi è necessario sottoporre la domanda di ricerca al seguente quesito: "la ricerca aumenta la comprensione del fenomeno?". Questo quando si è riusciti a dare una chiara definizione della domanda, in quanto spesso, soprattutto all'inizio, è inevitabilmente confusa, non nitida nei suoi contorni. Il non aver dedicato in una fase iniziale il pensiero necessario alla domanda può alterare la qualità dell'azione epistemica.

I pragmatisti americani affermano che la ricerca deve servire la vita e la deve migliorare. Hanno un senso le ricerche che affrontano domande che sono in relazione con i problemi fondamentali dell'esistenza, rispetto ai quali si fa una riflessione dicendo: con la ricerca a partire da questa domanda darò un contributo a migliorare la qualità della vita oppure l'assistenza? Queste sono le domande rilevanti (Mortari & Saiani, 2006).

Durante l'epoca COVID-19, molto precocemente, vi è stato un numero straordinario di pubblicazioni sull'esperienza dei professionisti della salute, in particolare di studi qualitativi che indagavano le esperienze delle infermiere e degli infermieri che hanno assistito i pazienti ammalati di covid ricoverati nelle terapie intensive. Allo stesso tempo vi è stato un alto numero di pubblicazioni di studi quantitativi con l'uso di strumenti per misurare lo *stress* e il *burn out* dei professionisti della salute (in totale si contano 125.296 pubblicazioni da marzo 2020 a novembre 2022).

### 2.3.1 Il campionamento nella ricerca qualitativa

Nella ricerca qualitativa è necessario selezionare le persone che si dimostrino informanti di qualità, ossia che abbiano vissuto l'esperienza oggetto di studio, riflessive e disponibili a parlare. La domanda da porsi è: "Chi potrebbe rappresentare una fonte di dati ricca di informazioni per il mio studio?". I partecipanti significativi sono le persone che sono immerse nel fenomeno oggetto di studio. Inoltre, a differenza della ricerca quantitativa, durante uno studio qualitativo è possibile che, mentre lo studio avanza, emergano nuove esigenze di campionamento, che spesso è il risultato di un disegno emergente (Polit, 2014, p.306).

Il campionamento è un aspetto fondamentale della ricerca qualitativa, in quanto consente ai ricercatori di selezionare i partecipanti e i contesti appropriati per raggiungere gli obiettivi dello studio. Questo processo di selezione è cruciale per ottenere dati significativi e ricchi di significato che possano informare la teoria, la pratica ed eventualmente offrire dati per poter prendere decisioni a livello sociale, educativo, sanitario e politico.

Nella ricerca qualitativa, il campionamento non si basa sulla rappresentatività statistica come nella ricerca quantitativa tradizionale. Infatti, non si definisce mai *a priori* la numerosità campionaria, mentre si deve chiarire come si decide di interrompere il campionamento sulla base della saturazione o ridondanza dei dati emersi (Mortari, 2017). Invece, cerca di identificare individui o gruppi che siano informativi e che offrano una prospettiva approfondita sul fenomeno oggetto di studio. Il principio guida è quello della saturazione dei dati, ossia il raggiungimento del punto in cui l'aggiunta di nuovi partecipanti o contesti non aggiunge ulteriori informazioni rilevanti al quadro concettuale emergente.

Esistono diversi approcci al campionamento nella ricerca qualitativa. Uno dei più comuni è il campionamento *propositivo o intenzionale* (vi è una scelta deliberata delle persone da parte del ricercatore), dove i partecipanti vengono selezionati sulla base delle loro caratteristiche o esperienze ritenute pertinenti allo studio (Polit, 2014). In questo caso il ricercatore seleziona con cura certi casi per poterli studiare, le persone scelte sono i migliori rappresentanti in relazione alla domanda di ricerca. Ad esempio, se si sta studiando il vissuto di medici che hanno avuto l'esperienza come pazienti con

malattie gravi e poi sono tornati al lavoro, si sceglieranno persone che abbiano avuto questo vissuto. Un altro tipo di campionamento è quello di *convenienza o campione volontario* (dove sono i partecipanti che si fanno avanti). È il campionamento più utilizzato in quanto è rapido, economico e semplice, e dove spesso le persone si rendono rapidamente disponibili. In alcuni casi il campionamento di convenienza è appropriato per cominciare la raccolta dati, poi durante il processo di analisi, ottenendo nuove conoscenze sul fenomeno indagato, la selezione dei partecipanti può modificarsi e passare da un campionamento di convenienza a un campionamento *propositivo*, come nel caso della *Grounded Theory*. Infatti, nella ricerca qualitativa, a differenza di quella quantitativa, non solo il campionamento non è definito *a priori*, ma anche può cambiare durante il corso della ricerca. Il campionamento *teoretico*, simile a quello propositivo, è proprio della *Grounded Theory*. Questa modalità di individuazione dei partecipanti viene utilizzata nelle fasi finali dell'analisi, dove sono intervistati intenzionalmente le persone che possono parlare per esperienza diretta riguardo a specifici aspetti del fenomeno in esame (Mortari, 2017).

Un'altra strategia di campionamento è il campionamento a *catena o snowball*, in cui i partecipanti iniziali vengono selezionati attraverso metodi convenzionali e poi invitati a suggerire altri potenziali partecipanti. Questo approccio è particolarmente utile quando si studiano gruppi socialmente marginalizzati o difficili da raggiungere.

Inoltre, in base al tipo di campionamento scelto, si può definire un gruppo *omogeneo* oppure *eterogeneo*. Nel campionamento omogeneo si selezionano partecipanti che condividono caratteristiche simili o esperienze comuni. L'obiettivo è quello di ottenere un gruppo ristretto ma altamente focalizzato, in modo da poter esplorare in dettaglio le esperienze, le opinioni o i comportamenti specifici dei partecipanti all'interno del gruppo omogeneo. Ad esempio, se uno studio si concentra sulle esperienze delle donne che hanno subito una mastectomia, il ricercatore potrebbe utilizzare il campionamento omogeneo per selezionare solo donne con questa esperienza specifica. Ciò consentirebbe al ricercatore di ottenere informazioni dettagliate e approfondite sulle sfide affrontate da queste donne e sui modi in cui hanno affrontato la situazione. Al contrario, il campionamento eterogeneo coinvolge la selezione di partecipanti che presentano una varietà di caratteristiche o punti di vista diversi. L'obiettivo è quello di ottenere un

gruppo più ampio e rappresentativo della popolazione *target* allo scopo di comprendere meglio la diversità delle prospettive e delle esperienze. La scelta dipende dagli obiettivi dello studio e dalle domande di ricerca specifiche che si vogliono affrontare (Sandelowski, 1995; Morse, 2002; Creswell, 2017).

Infine, quando si intende studiare il fenomeno da diversi punti di vista e identificare *common patterns*, si parla di *maximum variation sample* (Creswell & Creswell, 2007, p.119), ossia di campionamento di massima variazione. Nel nostro caso, coerentemente con la domanda di ricerca, si è deciso per un campionamento eterogeneo.

Indipendentemente dall'approccio utilizzato, è importante considerare alcuni fattori chiave nella fase di campionamento. È fondamentale definire criteri specifici per l'inclusione e l'esclusione dei partecipanti al fine di garantire coerenza nello studio. Inoltre, bisogna prestare attenzione alla diversità dei partecipanti per assicurarsi che le prospettive multiple siano rappresentate all'interno dello studio.

Va sottolineato che durante tutto il processo di ricerca qualitativa occorre valutare continuamente la qualità dei dati raccolti e adottare misure per garantirne *l'affidabilità (trustworthiness) e la validità*. L'affidabilità dei dati di ricerca è una strategia utilizzata per garantire *credibilità, trasferibilità, affidabilità e confermabilità* (Guba, 1994, p.105). L'accertamento dell'affidabilità richiede che i ricercatori costruiscano un metodo rigoroso con procedure chiaramente indicate e verifichino l'accuratezza dei risultati (Connelly, 2016). Il *rigore* dello studio viene assicurato dalla costante riflessione del ricercatore sul percorso, sulle scelte effettuate e sulla descrizione precisa e rigorosa della conduzione dello studio. Inoltre, la *confermabilità* può essere enfatizzata attraverso la triangolazione, ossia attraverso l'utilizzo di multipli strumenti di raccolta dei dati o di risorse dei dati per dare maggiore profondità e ricchezza anche grazie a prospettive diverse. Questo anche spiegando quali erano i pregiudizi/credenze dei ricercatori, per esempio attraverso il *bracketing* nel metodo fenomenologico (Mortari, 2017). Per ottenere i migliori risultati, i ricercatori devono essere curiosi, autocritici e consapevoli di sé, aperti e trasparenti, precisi e perspicaci, e disposti a sbagliare (White, 2022). È importante sottolineare che questo processo richiede la comunicazione in gruppo per migliorare la consapevolezza riflessiva e il pensiero critico. Se vi è un forte impegno con il *bracketing* riflessivo il significato pertinente può emergere

senza ostacoli dai dati piuttosto che costruito dalle credenze dei ricercatori (White, 2022).

Inoltre “Un metodo per essere rigoroso deve procurare la massima chiarezza possibile circa le sue direzioni di senso e la sua validità [...]. Ciò richiede la messa in atto di uno sguardo radicalmente riflessivo, nel senso che il ricercatore non solo deve enunciare i principi in base ai quali agisce, ma deve anche monitorare il processo di azione epistemica attuato per rendere conto attraverso una riflessione critica dei modi effettivi del suo operare. Si tratta di accompagnare l’azione di ricerca con “la riflessione scientifica sull’essenza del procedimento stesso” (Mortari, 2010, p.153)

Nella ricerca nell’ambito della salute e della *medical education* è richiesta, come per la ricerca quantitativa, la valutazione critica della ricerca qualitativa. Valutare un progetto qualitativo è spesso difficile, in quanto non sempre sono documentate tutte le decisioni o non viene descritto il processo che sta alla base di tali decisioni. “È importante che uno studio qualitativo riporti la specifica tradizione qualitativa dentro la quale è stato condotto lo studio, il tempo dedicato per la raccolta dati e per l’analisi, e le fonti dei dati. La coerenza tra questi aspetti definisce quanto è robusto e solido il disegno dello studio” (Polit, 2014, p.298).

Attualmente vengono utilizzate linee guida per la valutazione critica di uno studio qualitativo per essere pubblicato. Per esempio, *Equator Network*<sup>52</sup> è una biblioteca virtuale che contiene un *data base* completo di linee guida, *links* e altre risorse rilevanti per valutare report di ricerca (qualitativa e quantitativa). Sono raccomandate in particolare due linee guida che definiscono gli standards per riportare la ricerca qualitativa usando un approccio rigoroso e sistematico: la prima è la *Standard for Reporting Qualitative Research* (SRQR) che consiste in una lista di 21 items che suggeriscono un framework e raccomandazioni per pubblicare uno studio qualitativo (O’Brien et al., 2014). La seconda è la *Consolidated criteria for Reporting Qualitative studies* (COREQ), una *checklist* con 32 item che considera tre domini: il gruppo di ricerca e il percorso riflessivo realizzato, il disegno dello studio, analisi dei dati e risultati (Tong et al., 2007; Grosseohme, 2014). Queste linee guida vengono utilizzate per garantire che gli studi qualitativi siano condotti in modo rigoroso e che i risultati siano presentati in modo completo e trasparente. Tuttavia, recentemente sono state mosse delle critiche

---

<sup>52</sup> (<https://www.equator-network.org/>)

a questi sistemi di valutazione in quanto sembrano enfatizzare gli aspetti tecnici e procedurali della ricerca con il rischio di appiattare gli studi qualitativi sulle logiche di quelli quantitativi. Piuttosto, i criteri COREQ dovrebbero essere utilizzati, ma con “un’etica del *discomfort*”, ossia guidati dalla volontà di interrogarsi continuamente sui presupposti taciti e sui quadri concettuali entro i quali si colloca la ricerca qualitativa e la sua valutazione” (Daniele, 2023).

### **2.3.2 Raccogliere narrazioni**

Nella ricerca qualitativa si possono utilizzare diversi modi per investigare un fenomeno, come l’osservazione diretta o indiretta attraverso videoregistrazioni, o chiedendo ai partecipanti di dar voce al loro pensiero, attraverso interviste o narrazioni scritte. Le tecniche più comuni utilizzate sono le interviste, che possono essere individuali o di gruppo, e che a seconda del disegno dello studio, possono essere non strutturate o semi strutturate, o strutturate (Creswell, 1998). Inoltre, si possono raccogliere narrazioni attraverso l’osservazione partecipante che consente al ricercatore di immergersi nel contesto in cui si svolge il fenomeno oggetto dello studio e osservare direttamente le azioni, i comportamenti e le interazioni dei partecipanti. In altri casi si sceglie di chiedere ai partecipanti una narrazione scritta, seguendo una traccia, oppure di tenere un diario o un registro in cui annotare le esperienze, i pensieri e le riflessioni su un determinato argomento o fenomeno oggetto di studio. Questa tecnica consente ai partecipanti di esprimersi liberamente e può fornire dettagliate narrazioni personali. I *focus group* invece sono sessioni strutturate in cui un gruppo di persone discute insieme un determinato argomento. È una tecnica utile per raccogliere narrazioni collettive e consentire ai partecipanti di condividere le loro esperienze e opinioni in modo interattivo. Infine, si possono raccogliere narrazioni attraverso la revisione di materiale documentale esistente, come lettere, diari, articoli o post sui social media (Morse, 1994; Creswell, 1998; Charmaz, 2006; Tong, 2007; Polit, 2014).

La ricerca fenomenologica predilige la narrazione per poter entrare nel mondo dei significati attraverso le parole. “La fenomenologia è una scienza descrittiva, quindi i dati

si raccolgono attraverso descrizioni” (Mortari, 2017, p.70). Quando l’oggetto d’indagine è costituito dal vissuto rispetto a un fenomeno, per esempio il vissuto rispetto alla pandemia, viene chiesto ai partecipanti di descrivere il vissuto. Chiedere alle persone di narrare la loro esperienza dice come la stanno vivendo, permette di capire anche come la nominano. “Ecco, pertanto, che le parole che pronunciano sono ricche, dense di realtà perché è a partire da questa che costruiscono il loro sapere” (Mortari, 2013, p.66).

La ricerca fenomenologica permette di entrare nei vissuti coscienziali e arrivare a descrivere l’essenza concreta attraverso un metodo di analisi rigoroso. Si parla di fenomenologia empirica in quanto costruita sulla realtà (Mortari, 2023).

Proprio in quanto le procedure epistemiche devono essere capaci di adattarsi alla qualità del reale, nelle ricerche di tipo fenomenologico spesso accade che il metodo di raccolta dati debba essere via via sottoposto a un’analisi critica per individuare quello che è più capace di andare al cuore del fenomeno. Per esempio, nello studio sul *care* di Mortari e Saiani (Mortari&Saiani, 2013), le ricercatrici iniziano la ricerca chiedendo ai partecipanti di scrivere esperienze di *caring*, un caso di buon *caring* e un caso di cattivo *caring*. Tuttavia, ad un certo punto decidono di coinvolgere il partecipante in una intervista narrativa, in quanto i partecipanti tardavano nel produrre i testi perché non trovavano il tempo per scrivere (Mortari, 2013). Questo è un esempio in cui anche il metodo deve essere finalizzato a raccogliere l’esperienza facilitando il partecipante. Durante il periodo COVID-19 si è utilizzata una gran varietà di strategie e metodi per poter raccogliere le esperienze e i vissuti di un momento storico così unico e difficile; si è impiegata molto *la narrazione scritta* in quanto per le limitazioni e i protocolli, ma anche per il lavoro clinico particolarmente pesante e faticoso, con la complessità di poter trovare altri spazi-tempi da dedicare a una conversazione, era particolarmente difficile pensare di ottenere tempi e spazi per organizzare delle interviste. Quindi sono state raccolte soprattutto narrazioni, esperienze, casi, contributi, molte fotografie, immagini, biografie, video, etc. Vi è stata una grande produzione di scritti e di testimonianze, anche a livello autobiografico, per esempio, con la scrittura di libri, come se ognuno volesse lasciare una traccia della propria storia unica. Inoltre, si è utilizzata una grande varietà di modi per arrivare agli informanti, soprattutto attraverso le reti sociali, e per raccogliere le informazioni, ad esempio attraverso registrazioni vocali o



formulari *on line*. Mai come in questa epoca si è vista una così grande quantità e varietà di modi e strategie per raccogliere dati qualitativi (Keen, 2022).

Inoltre, “la narrazione, che è *in primis* linguaggio, è un artefatto culturale ed è azione sociale (interazione sociale): l’atto del narrare in sé è atto relazionale all’interno di una relazione comunicativa, tra chi narra e chi ascolta ed è azione di scambio, il cui oggetto è la storia e la narrazione. Ed è in questo andirivieni che l’identità da individuale si fa anche sociale. La narrazione si rivela essere, allora, la principale forma di produzione di senso, di interpretazione e di spiegazione di ciò che è ignoto, a chi ascolta, ma spesso anche a chi racconta, fino a quando l’individuo stesso non si trova all’interno della propria narrazione: il narrare rappresenta quindi il luogo privilegiato per la costruzione del significato, di sé, di quanto ci accade, di quanto esperiamo e di quanto anche gli altri, dei quali siamo spettatori o coprotagonisti, esperiscono. Quindi sembra essere il modo privilegiato per accostarsi con prudenza a una situazione difficile” (Lonardi, 2011, p. 4). Questo ci sembrava un percorso interessante da offrire a chi stava vivendo una situazione insostenibile durante la pandemia, uno spazio sicuro, privato, intimo, per poter ritrovarsi attraverso la riflessione e la scrittura. La scrittura diventa pertanto una sorta di terapia per poter dare un senso alla pratica quotidiana, uno spazio che permette di ritrovare un certo benessere e di poter prendersi cura di un altro che soffre. La scrittura ha una valenza auto educativa e trasformativa. Inoltre, la scrittura può implementare lo sviluppo professionale grazie alla riflessione sulle proprie pratiche, i valori che le sottendono sino alla definizione di una personale identità professionale (Zannini, 2021). La scrittura è una modalità privilegiata per riflettere sull’esperienza e su di sé.

“La scrittura, e la narrazione ad essa sottesa, diventano pertanto strumento educativo e formativo essenziale per un soggetto capace di riflettere e pensare in maniera critica il mondo e sé stesso, apprendendo dalla propria esperienza e, più in generale, dalla propria esistenza” (Demetrio, 2011, p.37). Pertanto, con questa ricerca, attraverso la scrittura, si desiderava offrire ai professionisti della salute uno spazio privato per poter raccontarsi e riflettere sugli eventi dolorosi che hanno caratterizzato il periodo della pandemia.

### 2.3.3 Aspetti etici nella ricerca qualitativa

La ricerca fenomenologica, proprio per la sua stessa definizione, “si interessa alle essenze del concreto di un fenomeno, ossia nel suo disvelarsi ancorato alla realtà, e di fenomeni che sono piuttosto complessi, inseriti in un contesto difficile, spesso immerso nella sofferenza” (Mortari & Saiani, 2013, p.23). Infatti, il metodo fenomenologico è per eccellenza il metodo che permette di indagare, aprire nuova conoscenza riguardo le situazioni e le esperienze più critiche che si trova ad affrontare una persona. Permette di descrivere e aprire nuove piste di ricerca che possono poi proseguire con altri metodi, più definiti. Possiamo dire che è il metodo per eccellenza per entrare in contatto con il fenomeno (Grossoehme, 2014). È per questo che le domande che guidano la riflessione sull’esperienza sono aperte, non sono domande chiuse, finalizzate a evocare in modo ampio l’esperienza del soggetto dove il principio che prevale è il rispetto e l’ascolto (Creswell, 1998). Si dovrebbe pertanto iniziare l’intervista con un momento di socializzazione per favorire un ambiente rilassato in cui il partecipante possa concentrare l’attenzione sull’esperienza oggetto d’indagine. L’intervistato dovrebbe sentirsi a suo agio per poter costruire discorsi attendibili e onesti, ma anche per poter esprimere le emozioni che sorgono o per poter scegliere di non dire tutto.

Nella ricerca qualitativa, il ricercatore ha dunque la responsabilità di creare un buon clima e di facilitare l’intervistato con domande che permettano una descrizione fedele dell’esperienza, per questo è critico definire il luogo dell’intervista, preparare un protocollo dell’intervista e che il ricercatore si prepari per poter dirigere la propria attenzione alla persona da intervistare (Creswell, 1998; Mortari, 2017). Infatti, in uno studio si presenta sempre il problema del potere del ricercatore e il rischio di una sottile coercizione, per questo il dare libertà all’intervistato significa anche porre attenzione alle parole e ai gesti per poter cogliere minimi segni di disagio o sofferenza nel raccontare la propria storia. Inoltre, si dovrebbe avere un piano per poter gestire, per esempio durante un’intervista in persona, l’ansia, il *discomfort* o altre reazioni critiche dell’intervistato. Se l’intervista, per esempio, fosse al telefono bisogna pensare a come prepararsi al pianto o ad altra reazione emotiva in caso di esperienze post traumatiche che vengono evocate durante il colloquio (Grossoehme, 2014). Inoltre, nel report o articolo sullo studio il ricercatore dovrebbe esplicitare come ha gestito eventuali dilemmi o

questioni etiche emerse durante la raccolta dei dati, come ad esempio situazioni di malpractice, in relazione all'autonomia, il consenso e l'anonimato, soprattutto in relazione alle persone più vulnerabili (Mortari, 2017; Polit, 2014). Per garantire inoltre anonimato nella gestione dei dati, attualmente tutti i protocolli di studi con persone devono avere l'approvazione di un comitato etico (Richards, 2002). Un comitato di etica si fa garante che in nessuna fase dello studio venga attentato l'anonimato e la confidenzialità dei dati del partecipante. Inoltre, analizza che l'informazione che viene data al partecipante sia completa e che non vi sia coercizione o una lesione dei diritti soprattutto dei gruppi più vulnerabili, in particolare i minori. Questo è un requisito relativamente recente per gli studi qualitativi, mentre per gli studi quantitativi soprattutto per la ricerca biomedica è ben definito da molti anni. I principi che sorreggono uno studio sono: il rispetto (che si realizza attraverso il consenso informato che favorisce l'autonomia della persona e il garantire l'anonimato), la beneficenza (preoccuparsi del benessere della persona a tutti i livelli, non solo fisico, anche mentale e spirituale), la giustizia (che consiste nel trattare le persone in modo equo e giusto, soprattutto i soggetti più vulnerabili) (Harnett, 2021). L'attenzione agli aspetti etici fa da sfondo a tutto il percorso di ricerca, e il ricercatore dovrebbe essere preparato per garantire ai partecipanti che i loro diritti non vengano mai vulnerati, dalla selezione dei partecipanti sino alla pubblicazione dei dati e chiusura della ricerca. Pertanto, quando si decide di partire con una ricerca qualitativa si deve identificare il comitato etico di riferimento per l'istituzione di appartenenza ed inviare la modulistica richiesta che dovrebbe seguire la *Dichiarazione di Helsinki della World Medical Association* adottata nel 1964 e che è il referente per gli studi in ambito sanitario (questo anche per quanto riguarda studi con studenti) (Mortari, 2017). In particolare, all'articolo 24 si afferma che devono essere predisposte tutte le azioni per garantire la *privacy* dei soggetti coinvolti nella ricerca, ossia garantire l'anonimato e la confidenzialità.

Il protocollo del nostro studio è stato sottoposto a due comitati etici e approvato da entrambi.

Un solo ricercatore non può garantire un percorso rigoroso e assicurare il pieno controllo dei propri *biases*<sup>53</sup> o pregiudizi, per questo la ricerca qualitativa, in particolare fenomenologica, è svolta da un gruppo di ricerca, soprattutto la fase di codificazione. Questo permette anche una sorta di triangolazione, ossia che due o più ricercatori codifichino, analizzino in forma separata e poi discutano i rispettivi risultati per arrivare a consenso (Korstjens & Moser, 2018). I ricercatori qualitativi non sono osservatori esterni disinteressati, ma sono influenzati e influenzano i loro dati (Grossoehme, 2014), per questo come si è visto ciò che garantisce l'*affidabilità* è il documentare tutte le decisioni prese, come vi si è arrivati, ossia le riflessioni e i ragionamenti sottesi, come sono state applicate. Il fare o non fare una domanda, chi la fa e il come farla riflette certe decisioni e il perché. Per questo è critico tenere un diario della ricerca dove riportare le decisioni prese e le riflessioni che soggiacciono (Grossoehme, 2014; Mortari & Saiani, 2013, p.76; Korstjens & Moser, 2018).

Il ricercatore dovrebbe fare un esercizio di riflessione sui propri pensieri mentre sta pensando alla ricerca, o in fase di *labelling* o mentre nomina. Per questo la ricerca qualitativa si definisce *time consuming*, in quanto non si possono costringere i dati dentro strutture della mente senza aver sottoposto il pensiero a un rigoroso processo di auto-coscienza portando alla luce i pensieri. Anche il tempo dedicato alla riflessione sul percorso e sui dati è considerato una strategia per assicurare l'*affidabilità* nella ricerca qualitativa (Korstjens & Moser, 2018).

La ricerca qualitativa *nei contesti sanitari* ha già una grande tradizione e una certa numerosità di studi pubblicati (Mortari, 2017). Soprattutto nell'ambito infermieristico si è sviluppata maggiormente la ricerca qualitativa utilizzando diverse metodologie. Quando parliamo di contesti sanitari si apre un grande capitolo di studio in relazione alla persona e ai vissuti intorno alla malattia (Zannini, 2004). Si tratta di un fenomeno oggetto d'indagine molto complesso proprio per la sua stessa natura e struttura. L'indagare fenomeni con questa complessità rende necessaria una visione più ampia dei

---

<sup>53</sup> Nella ricerca qualitativa si parla soprattutto di pregiudizi o di equivoci interculturali. I *biases* (inclinazione, distorsione, modifica intenzionale o non intenzionale) riguardano soprattutto le domande che per esempio possono non essere capite dall'intervistato, o vi può essere un pregiudizio sull'assenza di risposta, o nella fase di campionamento, o si possono presentare pregiudizi nel riportare i risultati. Il mantenere una mente aperta nella ricerca qualitativa è molto complesso (Johnson, 2020).

problemi, che sappia tener conto della variabilità e non linearità (Mortari, 2017). Il comprendere l'esperienza dell'altro, in particolare in una situazione di alta vulnerabilità e instabilità del contesto mette il ricercatore in una situazione critica dove l'umiltà e l'attenzione, intese come il prestare attenzione in forma passiva (Mortari, 2017) dovrebbero prevalere. In particolare, la ricerca fenomenologica esige il farsi piccoli di fronte ai dati che, diventando i protagonisti, si illuminano di luce nuova (Weston et al., 2001).

#### **2.4 Le sequenze euristiche che strutturano il metodo<sup>54</sup>**

Si può dire che occuparsi di una cosa nella sua singolarità è l'atto che prepara la costruzione di quel tipo di sapere che poi è definito scientifico, ma che è tale perché va oltre il sapere sul singolare per elaborare un'essenza adeguatamente estesa del fenomeno. Secondo Husserl "ci sono essenze di vario livello rispetto al predicato della generalità, che si dispongono secondo una linea che va dalla piena concrezione alla generalità più pura" (Mortari, 2023, p.123). L'idea di una gerarchia di essenze, che Husserl espone usando il "criterio discendente che va dalla più generale, l'essenza pura, alle sue piene concrezioni, costituisce il riferimento epistemologico essenziale per fondare il metodo della fenomenologia empirica, con la differenza che si procederà in ordine ascendente, dalle concrezioni individuali alle essenze più generali. A partire da questa indicazione metodologica si può affermare che la elaborazione di una ricerca fenomenologica richiede lo sviluppo di un'analisi articolata su più livelli" (Mortari, 2023, p.123).

Innanzitutto, come atto preliminare alla ricerca empirica, va identificato l'oggetto e identificare un oggetto significa disporre di una chiara definizione dell'essenza eideutica che descrive il *quid* che identifica i fenomeni da considerare; questo atto fondativo iniziale dell'indagine scientifica richiede di rispondere alla domanda "che cos'è la cosa *x* di cui ci intendiamo occupare?" (Mortari, 2023, p.124). Porre questa domanda significa cercare una definizione essenziale-formale, cioè quella che indica le qualità che un fenomeno in generale deve possedere per essere assunto come oggetto d'indagine.

---

<sup>54</sup> Questa parte si basa sulla teorizzazione di Luigina Mortari pubblicata nel 2023.

Questo è il piano della ricerca eidetica generale. Impegnarsi sul piano di una ricerca eidetica significa cogliere l'essenza pura dell'oggetto di indagine intendendo per essenza *l'insieme delle qualità essenziali di una cosa*, quelle che dicono il suo *quid*, la sua struttura sostanziale.

Le narrazioni dei vissuti costituiscono il materiale grezzo da cui partire per andare alla ricerca della conoscenza scientifica di quel preciso tipo di fenomeni, e si considera obiettivo essenziale dell'indagine cogliere il mondo di significati elaborato dai soggetti. A questo scopo si chiede ai partecipanti alla ricerca di narrare quello che dell'esperienza è rimasto nella mente (Creswell, 1998; Mortari, 2013). Criterio essenziale per l'individuazione dei soggetti è che abbiano avuto esperienza diretta del fenomeno oggetto d'indagine, perché i dati raccolti sono capaci di rivelarci l'essenza di un fenomeno solo se il soggetto ha avuto con questo una *familiarità profonda e vivente*. Il primo criterio di validità dei dati è che essi siano resi manifesti da un soggetto che ha avuto esperienza diretta e dunque un contatto vitale con il fenomeno oggetto d'indagine, vale a dire che le cose di cui ci si vuole occupare “siano date immediatamente nell'esperienza” (Mortari, 2023, p.125).

Come si è visto sinora, la fenomenologia dell'esperienza a partire da essenze singolari concrete costruisce la conoscenza di un insieme di fenomeni. Anche se si è visto che il metodo si modella durante l'esperienza di ricerca in quanto ha un'essenza emergenziale e situata, tuttavia, vi è una serie di passaggi di costruzione del percorso di ricerca che caratterizza una scienza d'esperienza. Infatti, a differenza della scienza eidetica che viene colta tramite l'intuizione, l'essenza concreta viene definita attraverso successivi atti di analisi e di messa in ordine dei dati attraverso un processo di catalogazione che permette di costruire induttivamente categorie<sup>55</sup> e macrocategorie sino ad arrivare a costruire una teoria che sappia restituire la qualità dei fenomeni indagati (Creswell, 1998; Mortari, 2013; Mortari, 2017).

---

<sup>55</sup> “Nella ricerca empirica qualitativa il lavoro di concettualizzazione delle qualità essenziali dell'esperienza si traduce nell'individuazione di categorie. [...] Per categorie s'intendono i predicati che indicano le qualità essenziali di un fenomeno” (Mortari&Saiani, 2013, p.64).

Qui di seguito vengono elencate le sequenze euristiche che strutturano il metodo.

(a) *Accedere ai dati singolari concreti*: per la scienza empirica è essenziale entrare nella realtà, andare alla ricerca dell'essenza del concreto o pienamente vissuto. Una volta identificato il tipo di fenomeni da investigare, si stabilisce qual è il metodo che il ricercatore deve utilizzare per accedere ai fenomeni e raccogliervi in modo da portarli a datità. Il ricercatore empirico per accedere ad esempio al *caring* esercitato dagli infermieri durante la pandemia dovrà chiedere ai partecipanti alla ricerca di raccontare eventi di *caring* prestati durante il periodo indicato. Criterio essenziale per l'individuazione dei soggetti è che abbiano avuto esperienza diretta del fenomeno oggetto d'indagine. Questo è il primo criterio di validità dei dati, ossia che il soggetto abbia avuto una familiarità profonda e vivente con il fenomeno. I fenomeni concreti che studia la fenomenologia empirica sono “temporalmente strutturati e localmente situati” (Mortari, 2023, p. 126). Il senso della ricerca fenomenologica è appunto comprendere i vissuti di soggetti riguardo a un fenomeno per poter dare luce e fornire una descrizione il più fedele possibile perché sia utile e buona per, ad esempio, nel caso delle infermiere e degli infermieri durante l'epoca covid, per prendere decisioni per il futuro (Mortari, 2023, p.127).

(b) *Raccogliere una pluralità di vissuti*: per arrivare a una conoscenza adeguata è necessario prendere in esame la maggior varietà possibile della cosa di cui si cerca l'essenza, in quanto la realtà presenta un' indefinita variazione di una stessa tipologia di fenomeni. Pertanto, è necessario individuare una pluralità di protagonisti che metteranno in parola, descrivendo e narrando i loro vissuti, che possono essere orali o scritti. Una ricerca scientifica per essere valida deve raccogliere il numero necessario di fenomeni, ossia si deve arrivare alla “saturazione”, cioè il poter disporre di dati ricchi curando la quantità, la ripetizione, i dati meno frequenti per poter arrivare a costruire gli aspetti teorici della ricerca (Morse, 2010). Quindi si evidenzia “il principio metodico *alfa*: ottenere una variazione quantitativamente significativa del fenomeno” (Mortari, 2023, p.128).

(c) *Definire l'essenza concreta individuale di ogni vissuto*: il ricercatore prende in esame ogni caso raccolto di attualizzazione del fenomeno e identifica di ogni resoconto le sue qualità specifiche. Si arriva così alla descrizione delle specifiche qualità concrete di ogni fenomeno raccolto, ossia quelle che configurano la sua individuale essenza concreta. Il problema principale è il riuscire a descrivere fedelmente il materiale trovato. Quindi un principio euristico necessario è quello che chiede di persistere nel tenere l'attenzione sul dato avendo cura delle parole. Il descrivere risulta essere anche una disciplina dell'attenzione e una rigorosa ricerca linguistica. "Il principio metodico relativo a questa fase viene definito *beta*: realizzare un'analisi dettagliata di ogni singolo evento fenomenico" (Mortari, 2023, p.129). L'elenco delle singolari essenze concrete rappresenta il primo livello di strutturazione della teoria fenomenologica.

(d) *Costruire insieme di datità analoghe*: l'elenco delle essenze singolari concrete costituisce la base di datità da cui ha inizio la costruzione di una gerarchia di essenze concrete. Ogni fenomeno di una stessa classe presenta qualità concrete simili a quelle che caratterizzano altri singoli fenomeni. La seguente fase dell'indagine consiste nell'individuare le similarità fra le essenze singolari e nel raggruppare queste in un insieme. Ogni insieme raccoglie un gruppo omogeneo di essenze singolari concrete. Attraverso un'analisi comparativa più volte ripetuta del materiale si perviene a un numero  $x$  di insiemi di qualità originarie.

(e) *Concettualizzare il primo livello delle essenze estese*: per ogni insieme si definisce in un concetto l'essenza estesa di quel gruppo. Si tratta di essenze estese di primo livello nella strutturazione gerarchica della conoscenza. Nella scienza empirica si costruiscono gerarchie di essenze sempre più generali sino ad arrivare alla più generale possibile (senza la pretesa di arrivare ad un'essenza generale pura, come nella scienza eidetica).

(f) *Costruire gerarchie di essenze*: il metodo fenomenologico richiede di elaborare una gerarchia di essenze, che va da quelle più concretamente-dense a quelle più generalmente-astratte. Si adotta lo stesso principio metodico utilizzato nella fase prece-



dente, ossia cercare analogie. Si perviene così alla strutturazione di un livello più generale di essenze. La fase (f) viene ripetuta più volte sino a quando si perviene al livello più generale di essenza che si può conseguire. Si tratta di arrivare all'essenza al suo livello più alto di generalità. Le essenze concrete-materiali sono tali per cui ripercorrendo in ordine discendente la gerarchia di essenze si mantiene evidente il legame generativo con la datità originaria in cui esse sono radicate. La gerarchia ordinata di essenze è l'esito di un processo di costruzione graduale che segue il principio di tenersi il più possibile fedeli al dato. Il prodotto di questo lavoro è una "grappolatura"<sup>56</sup> di essenze, dal primo livello quello più concreto e materiale, all'essenza generale, definita "suprema" nella scienza eidetica (Mortari, 2023, p.130).

(g) *Recuperare e descrivere i dati assolutamente unici*: in questo processo restano esclusi tutti i dati concreti che erano troppo particolari per essere raggruppati in un insieme di qualità plurali. Si tratta di dati unici che in generale la scienza tende a perdere, proprio per la loro singolarità. Tuttavia, se si vuole pervenire a una descrizione quanto più fedele possibile alla realtà non si possono tralasciare. Quindi va costruito un insieme che raccoglie le qualità uniche e singolari. A questo punto si può iniziare a delineare la teoria di esperienza, che considera nel suo discorso sia le qualità essenziali sia i dati assolutamente singolari.

(h) *Pervenire alle essenze regionali*: costruire il sapere per la scienza empirica significa cercare l'essenza regionale. Per regione fenomenica s'intende "una tipologia di fenomeni che oltre alle qualità essenziali generali condividono altre qualità concrete che li rendono accomunabili in un insieme tipizzato" (Mortari, 2017, p. 62). Tre sono dunque i possibili oggetti di una ricerca eidetica: essenza generale, essenza regionale, essenza particolare. Una ricerca fenomenologica solida e rigorosa si muove su tre

---

<sup>56</sup> Nel linguaggio scientifico (biologia, fisiologia, biochimica, fisica, ecc.), come traduzione dell'inglese *cluster*, gruppo di unità affini o topograficamente prossime, anche se non strettamente collegate. c. In statistica, insieme di casi o unità statistiche della stessa natura, considerato come a sé stante e distinto da qualsiasi altro insieme; può riferirsi a raggruppamenti di più unità contigue (per es., i primi cinque individui di un elenco) o a insiemi parziali costituenti a loro volta unità di ordine superiore (per es., l'insieme dei membri di una famiglia), Dizionario Treccani.

piani: ha bisogno della ricerca eidetica generale, deve occuparsi dei singoli vissuti delle persone e orientarsi per regioni esperienziali.

(i) *Applicare il principio di ricorsività*: il metodo per pervenire a una “grappolatura” di evidenze non è lineare, ma ricorsivo. Per costruire un livello di essenze si parte dai dati, ma prima di procedere al secondo livello di gerarchia si deve tornare ai dati. In questo procedere ricorsivo vi è una continua revisione degli enunciati concettuali inizialmente definiti e una continua riformulazione che porta a espressioni più precise. Questo in base al principio dell’aver cura delle parole. In questa ricorsività è decisiva l’azione riflessiva, che porta alla verifica delle azioni euristiche, che sorveglia l’attuarsi dell’*epochè*. Pertanto, si può formulare il terzo principio generale di indagine, o principio etico, definito *gamma*: “*mantenere traccia esplicita della operazionalità euristica attivata*, sia per la costruzione dei concetti che per la costruzione della grappolatura” (Mortari, 2023, p. 134).

In questo capitolo si è cercato di descrivere quali sono i principi e le sequenze euristiche che sottendono e informano la ricerca oggetto di questo studio per essere valida. Tuttavia, il percorrere il cammino della realtà è molto più complesso e spesso sfuggente, soprattutto quando la datià che emerge è molto ricca in parole e interpretazione del vissuto. Per questo è necessario descrivere in un capitolo metodologico tutti i passaggi e le scelte effettuate durante la ricerca. Si può dire che la descrizione del metodo rappresenta il capitolo centrale della ricerca e anche il più critico rispetto alla validità dei risultati. Quando i principi teorici intessono un dialogo con la realtà si plasmano nelle decisioni ed è per questo che è sommamente rilevante ripercorrere e descrivere tutta la storia della ricerca. Questo si può dire che sia il cuore del lavoro fenomenologico empirico.

## **PARTE SECONDA – LA RICERCA EMPIRICA**

### 3 La storia della ricerca

*Oggi la mascherina ha cominciato a segnarmi il viso ma lo sguardo di queste persone ha segnato il mio cuore per sempre ... Ho visto lacrime, sguardi tristi, spaventati, occhi stanchi. Ho visto occhi illuminarsi, sorridere e gioire ... ho visto occhi che parlavano ... ho visto.*

(Luana Volpi)<sup>57</sup>

#### Introduzione

Fin qui le premesse teoriche sono state il *professionalism* in relazione con il *care* e *self-care*. Si è visto come al cuore del comportamento professionale si situano i valori che sorreggono le professioni della salute, come il rispetto, l'onestà, la moralità, l'integrità, la responsabilità con la persona e la comunità. Si è constatato come la cura per l'altro, il primato del benessere della persona, il mantenere relazioni appropriate con i pazienti (Cruess, 2004; Stern, 2006; Kirk, 2007; Birden, 2014) rappresentano il punto centrale della relazione medico paziente. Si è visto inoltre come il comportamento professionale dipende dal contesto, dai valori e dalla cultura di una società, in quanto il *professionalism* è culturalmente situato e non è una competenza stabile nel tempo (Al-Eraky, 2015; Ludwig, 2014). Gli alti livelli di malessere e di *burnout* emersi negli ultimi venti anni da parte dei professionisti della salute hanno sollecitato una profonda riflessione sulle professioni della salute e sullo stress a cui sono sottoposti i professionisti sanitari. Il *burnout* viene definito come "una sindrome derivante da stress lavorativo e può essere caratterizzata da esaurimento emotivo (sentirsi sopraffatti dalle esigenze lavorative e da esaurimento delle risorse emotive), depersonalizza-

---

<sup>57</sup> Autore: Volpi Luana, dal libro: "Nella solitudine non siamo soli: diario di un'Oss in Covid Unit", 2020, formato Kindle.

zione (sentimenti di cinismo e distacco verso i pazienti) e sensazione di ridotta realizzazione personale (diminuzione del senso di competenza e di realizzazione nel lavoro)” (Busireddy et al., 2017). Il *burnout* è particolarmente elevato nei medici specializzandi e nei medici rispetto alla popolazione generale (Busireddy et al., 2017). Si è visto inoltre come lo stress sia dovuto a fattori ambientali, eccessiva tecnologia, lavoro amministrativo, al *caring* e a fattori personali, (Kassam et al., 2015; Fernanda et al., 2014). Infatti si è visto come dal 2015 si introduce, dentro il paradigma “professionalism”, il concetto di *self-care*; infatti nel documento pubblicato nel 2015, si dichiara che il medico deve preoccuparsi della sua salute, come aspetto relativo al *professionalism*: “come professionisti, i medici sono impegnati per la salute e il benessere dei singoli pazienti e della società attraverso la pratica etica, elevati standard personali di comportamento, la responsabilità per la professione e la società, regolamentazione medica, e il mantenimento della salute personale” (Frank et al., 2015). Si dettaglia in relazione a impegno verso sé stessi: “capacità di auto-regolazione, inclusa la valutazione e il monitoraggio dei propri pensieri, comportamenti, emozioni e attenzione per prestazioni e benessere ottimali. [...] Approccio consapevole e riflessivo alla pratica. [...] Responsabilità verso sé stessi, inclusa la cura personale, per servire gli altri” (Frank et al., 2015).

Quindi si può osservare come la preoccupazione del singolo sulla propria salute venga recepito come un fattore rilevante per poter prendersi cura di altri: una persona in *burnout* non è in grado di assistere una persona in uno stato di bisogno. Questo è qualcosa di assolutamente nuovo. Si è visto inoltre come il *professionalism* si considera una competenza multidimensionale, che dipende anche da caratteristiche personali quali “*self-awareness, presence, habits of mind, attentiveness, critical curiosity*” (autocoscienza, presenza, abitudini della mente, attenzione, curiosità critica) (Epstein, 2002; Ludwig, 2014), che sono parte della dimensione del *self-care* (Mortari, 2009). Infatti l’aver cura di sé significa anche l’assumere la responsabilità verso sé stessi, l’interrogarsi sulle domande essenziali dell’esistere, e il decidersi per una scelta etica di fondo, ossia decidersi per la ricerca di ciò che fa bene, “da cui può germogliare una vita buona” (Mortari, 2009, p.61).

In questo scenario di alti livelli di stress, *burnout* e difficoltà nel conciliare il *care* con il *self-care* in sistemi di salute collassati e in crisi si situa la pandemia causata da un virus chiamato coronavirus (CORONAVIRUS DISEASE 2019: COVID-19) che ha inizio 17 dicembre del 2019 in Wuhan (Hubei), nella Repubblica Popolare Cinese.

Si tratta di un virus molto aggressivo che determina una polmonite molto grave con alti tassi di mortalità. Poi si diffonde in tutta la Cina, Tailandia, Giappone, Australia e molto rapidamente negli Stati Uniti, Europa. Durante il primo periodo (anno 2020), l'epidemia, chiamata poi pandemia, essendo dichiarata dall'OMS un'emergenza internazionale, tutte le persone devono rimanere in quarantena nelle loro case, usare mascherine, e protocolli per la disinfezione. Vi è un immediato isolamento sociale che viene attivato per proteggere le persone. Il personale sanitario sin da subito viene sottoposto a ritmi di lavoro molto intensi, applicando severi protocolli di isolamento dei pazienti in quanto il virus è molto contagioso e con alta mortalità, vengono stravolti completamente i protocolli terapeutici e di *caring* messi in atto sino al momento in quanto non si conosce la malattia e l'evoluzione è imprevedibile. Questa situazione di isolamento sociale permane sino alla diffusione dei primi vaccini, ossia il 27 dicembre 2020<sup>58</sup>. Ad oggi per il COVID-19 sono morte 6.582.023 persone<sup>59</sup>.

Il contesto e l'ambiente per i professionisti della salute è cambiato drammaticamente con la pandemia provocata dal COVID-19. Se già prima i professionisti erano immersi in una realtà molto complessa con elevati livelli di malessere e *burn out* (IsHak et al., 2013; Taekman, 2017; Bitran et al., 2019; Rotenstein et al., 2018) la situazione attuale ha determinato un peggioramento significativo riguardo alla salute mentale dei clinici (Hassamal, 2020; Aydin, 2021; Barbosa, 2022). Era necessario, in un contesto così unico e altamente drammatico, non perdere i vissuti, le conoscenze e gli apprendimenti "guadagnati" dai professionisti della salute. È per questo che si impone la necessità di capire cosa emerge dalle loro esperienze con il *professionalism*, *care* e *self care* in una situazione difficile; si sente la necessità di entrare nella realtà e comprendere come i pratici vivono tutto questo per dare loro uno spazio, una voce a chi fosse interessato a condividere la propria storia e riflessioni per non perdere saperi eccezionali. Questo

---

<sup>58</sup> [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

<sup>59</sup> ultimi dati OMS. Fonte: Health Emergency Dashboard, 8 novembre 2022) (WHO.int).

anche per raccogliere informazioni che potrebbero contribuire a generare nuove forme di interazione per una vita migliore per tutti (per i pazienti, i familiari e gli stessi operatori sanitari e per tutta la comunità).

Per comprendere l'esperienza è necessario fare riferimento a un paradigma capace di farla oggetto di studio. Oggetto di ricerca delle scienze umane è *l'esperienza*: "Il flusso dei vissuti fino a quando non diventa oggetto di riflessione costituisce una sfera opaca; il problema consiste nel definire come deve essere l'indagine perché porti al chiaro i dati di fatto opachi del vissuto", (Mortari, 2023, p.3).

La situazione e il livello di gravità provocati dalla pandemia hanno imposto una attenta e meditata riflessione epistemologica, finalizzata a identificare la metodologia che potesse permettere di acquisire una valida conoscenza del soggetto d'indagine. Di un metodo che permettesse di andare all'essenza delle cose (Mortari, 2003) e al contempo che fosse rigoroso e ben chiaro in ogni passaggio effettuato dal ricercatore, infatti l'aspetto decisivo che definisce la bontà dei risultati in una ricerca qualitativa è la qualità del metodo d'indagine.

In questo capitolo si presentano le scelte e le riflessioni operate in relazione al metodo. Una cosa è approfondire i metodi a livello teorico, un'altra è entrare nel vivo di una ricerca dove la complessità dalla definizione della domanda alla costruzione del dispositivo per raccogliere i dati e l'analisi richiedono non solo forti competenze cognitive, ma soprattutto la coscienza della necessità di una sensibilità e apertura che son parte del metodo stesso. Immergersi nei dati qualitativi, dati densi di vita vissuta, è un percorso difficile e che dà poca tranquillità. Tuttavia, è necessaria una certa serenità, in quanto la ricerca qualitativa si fonda sulle argomentazioni a supporto delle scelte operate, nella presentazione dettagliata e critica del percorso realizzato (Mortari, 2017). Per questo è doveroso consultare frequentemente i testi teorici sul metodo, confrontarsi con gli esperti sulla metodologia e creare spazi di riflessione meditata sul percorso. Questo è quanto garantisce l'affidabilità dello studio: il ricostruire ogni decisione dovrebbe permettere a un altro ricercatore di capire cosa è stato fatto leggendo il report della ricerca, che diventa in sé il risultato principale. Il rigore metodologico è quanto da credibilità alla ricerca, soprattutto in un contesto dominato dal paradigma positivista. Pertanto, si procede a presentare il percorso in quanto è necessario esplicitare i

principi epistemici che danno credibilità scientifica alla ricerca realizzata (Mortari, 2017).

### 3.1 La domanda di ricerca

Il mio interesse iniziale si focalizzava intorno al seguente tema: “La formazione al *caring* e alla cura di sé come strumento di contrasto al *burn-out* degli studenti specializzandi di area medica”, dove la domanda principale era: “La formazione alla cura (*caring*) potrebbe avere un ruolo protettivo nell’aiutare i medici specializzandi a coniugare esigenze professionali e vita personale?”, quesito nato dall’osservazione e interazione durante laboratori sul *caring* con studenti specializzandi che presentavano alti livelli di ansia e stress, pensando che avrebbe potuto avere un ruolo protettivo la formazione alla cura. Come si è visto nel capitolo 1, il malessere del professionista della salute ha un impatto non solo a livello personale, ma anche a livello professionale: la persona che soffre un forte stress ha difficoltà nel lavorare in équipe, nel prendere decisioni e può commettere un alto livello di errori con conseguenze gravi per il paziente (Dyrbye et al., 2016).

Inizialmente, il lavoro di tesi doveva occuparsi del rapporto fra *self-care* e *professionalism*; poi però la realtà si è imposta all’attenzione e se la ricerca vuole essere utile all’agire non può non tenere conto di quello che accade. Nel dicembre 2019 è arrivato il COVID-19, e a marzo 2020 tutto il mondo si è ritrovato in quarantena per evitare il più possibile il diffondersi del contagio. L’OMS dichiarava nello stesso tempo la presenza di una pandemia a livello mondiale. La situazione internazionale dovuta dalla pandemia per COVID-19 ci ha obbligati a sospendere il pensiero sul progetto iniziale per portare l’attenzione su altre priorità. Ci siamo chiesti quali fossero i vissuti e le esperienze dei professionisti della cura in questo contesto improvviso e diverso, e quali potessero essere gli apprendimenti a livello personale, professionale e per le istituzioni per poter dare un contributo per le scelte future. Infatti “una ricerca non può solo cercare il rigore, deve farsi anche guidare dal principio di utilità” (Mortari, 2017, p.17).



In base a questo, la ricerca condotta ha anche lo scopo di poter introdurre miglioramenti nel reale. Essendo il contesto sanitario un contesto molto critico e con un alto livello di stress e *burnout*, il nostro obiettivo è molto pragmatico e considera che il ricercatore debba “procurare maggior benessere e sicurezza alle altre persone” (Mortari, 2017, p.19). Si cerca di poter far luce su problemi reali, con i quali si sono confrontati i pratici che hanno agito sul campo durante la pandemia. Come gruppo di ricerca<sup>60</sup> ci siamo chiesti come poter ricavare la maggior parte di informazioni sulle esperienze e apprendimenti durante il periodo COVID-19 per poter trarre insegnamenti e poter dare suggerimenti alle istituzioni sanitarie e formative. Nasce così l’esigenza di creare uno studio in più lingue (italiano, spagnolo, inglese) e con la maggior diffusione possibile. La domanda chiave che ha guidato la ricerca è stata: “Quali sono state le esperienze e gli apprendimenti dei professionisti della salute durante l’epoca COVID-19?”. L’esperienza della pandemia da COVID-19 ha avuto forti ripercussioni sulla vita di tutti; quindi, sembrava importante raccogliere testimonianze dei vissuti perché molte cose accadute vanno memorizzate per costruire un sapere che consenta di affrontare efficacemente altre eventuali situazioni emergenziali. Il gruppo di ricerca ha riflettuto a lungo (da ottobre 2020 a gennaio 2021) per poter mettere a fuoco i quesiti e il metodo, allo stesso tempo si avvertiva la necessità di “agire” in quanto l’esperienza stava accadendo ed era importante considerare anche il tempo in cui si situava. Il tempo di riflessione, le molteplici riunioni realizzate erano anche necessarie per poter capire come arrivare ai partecipanti in una situazione così unica e nuova. Il ritmo di lavoro dei professionisti della salute, le condizioni di intenso stress che stavano vivendo ci hanno fatto interrogare a lungo su quale potesse essere il modo migliore di arrivare a loro con il massimo rispetto per la situazione che stavano vivendo. In questo periodo sono stati molti gli studi che sono stati realizzati sul COVID-19, quantitativi e qualitativi in quanto i professionisti della salute sono stati sottoposti a ritmi intensi di lavoro, sofferenza, angoscia, paura dovuti ad un alto numero di decessi, l’isolamento, la paura per il contagio, il non avere informazioni chiare sulla malattia e i cambiamenti continui

---

<sup>60</sup> Il gruppo di ricerca era composto da una dottoranda, due ricercatori esperti in ricerca in area sanitaria e durante il periodo COVID-19, soprattutto con l’uso di formulari di Google, e una professoressa ricercatrice esperta in ricerca sul *caring* e sul metodo fenomenologico empirico.

di linee guida (Zhang, 2022). Si è sentita molto precocemente l'esigenza di fare memoria, di raccogliere storie, testimonianze di un evento così drammatico e globale (Hassamal, 2021), soprattutto da parte delle infermiere che hanno assistito i pazienti COVID-19 ricoverati nelle terapie intensive (Arcadi et al., 2021; Simeone et al., 2022; Ozan & Durgu, 2023). Gli studi quantitativi si sono focalizzati in misurare lo stress e il *burn out* (Aydin et al., 2021; Greenberg et al., 2021; Maffoni, 2022), mentre gli studi qualitativi si sono orientati ad indagare i vissuti, le esperienze, gli apprendimenti, le difficoltà dei professionisti della salute in una fase iniziale della pandemia, in particolare lo stress in alcuni gruppi specifici, come terapie intensive o pronto soccorso. Alcuni studi hanno preso in considerazione l'analisi di una molteplice varietà di testi, come ad esempio mass media interviews, fotografie, video, oppure si sono raccolti dati tramite website mantenendo la confidenzialità dei rispondenti (Badanta, 2021; Lapum, 2021; Nazzal, 2021). Dopo due anni dall'inizio della pandemia si continua a pubblicare essendo stato un fenomeno che ha causato un forte impatto nei professionisti della salute. Raccogliere questi dati a un livello sovranazionale e multiprofessionale ci sembrava interessante per capire quali sono stati gli eventi più significativi e gli apprendimenti. L'esperienza della pandemia da COVID-19 ha avuto forti ripercussioni sulla vita di tutti; quindi, ci sembrava importante raccogliere testimonianze dei vissuti perché molte cose accadute vanno memorizzate per costruire un sapere che consenta di affrontare efficacemente altre eventuali situazioni emergenziali, e non solo. Il gruppo di ricerca ha riflettuto a lungo in diversi incontri per poter mettere a fuoco il percorso epistemologico. Si trattava anche di poter avere i dati in tempi non troppo lunghi in quanto in un contesto così mutevole e complesso, era necessario procedere rapidamente. Quindi la prima versione di domanda per il professionista è stata: "Sarebbe utile che raccontasse ciò che più le sembra importante fra gli eventi di cui ha fatto esperienza durante il periodo della pandemia per COVID-19: un momento difficile, un apprendimento importante, un vissuto emotivo che le è rimasto" (gennaio 2021).

### 3.1.1 Aspetti metodologici e il campionamento

Dal punto di *vista metodologico* come gruppo di ricerca ci siamo chiesti quale fosse il metodo migliore per indagare i vissuti e le esperienze di chi ha sperimentato la situazione provocata dall'epidemia per COVID-19. L'approccio di studio più adatto a descrivere la realtà è stata ritenuta la *ricerca qualitativa di tipo fenomenologico empirico* (Mortari, 2023; Öhlén, 2023), dal momento che la fenomenologia si occupa dei vissuti (*lived experience*) e la ricerca qui presentata ha come oggetti i vissuti del personale sanitario nel tempo della pandemia. Il metodo fenomenologico empirico dovrebbe essere la prima scelta quando si vuole studiare il significato di un'esperienza per un gruppo particolare di persone (Grossoehme, 2014).

Come si è visto nel capitolo teorico, secondo l'epistemologia naturalistica, *i partecipanti significativi* sono le persone immerse nel fenomeno oggetto di studio.

In questo quadro epistemologico, è fondamentale accedere ai dati singolari concreti: le narrazioni dei vissuti costituiscono il materiale grezzo da cui partire per andare alla ricerca della conoscenza scientifica di quel preciso tipo di fenomeni, e si considera obiettivo essenziale dell'indagine cogliere il mondo di significati elaborato dai soggetti. A questo scopo si chiede ai partecipanti alla ricerca di narrare quello che dell'esperienza è rimasto nella mente. Criterio essenziale per l'individuazione dei soggetti è che abbiano avuto esperienza diretta del fenomeno oggetto d'indagine, perché i dati raccolti sono capaci di rivelarci l'essenza di un fenomeno solo se il soggetto ha avuto con questo una familiarità profonda e vivente (Creswell, 2006; Öhlén, 2023). Il primo criterio di validità dei dati è che essi siano resi manifesti da un soggetto che ha avuto esperienza diretta e dunque un contatto vitale con il fenomeno oggetto d'indagine, vale a dire che le cose di cui ci si vuole occupare "siano date immediatamente nell'esperienza" (Mortari, 2023, p.125).

Si è scelto un campionamento di *convenienza* per poter raggiungere il maggior numero di persone, quindi, si è puntato sul numero più alto possibile di partecipanti che fosse fattibile raggiungere nel tempo stabilito di raccolta delle informazioni, ossia gennaio-marzo 2021. Si sono considerati partecipanti tutti i professionisti della salute che ave-

vano lavorato durante il periodo COVID-19 (*criterio di inclusione*), che potessero rispondere in spagnolo, italiano o inglese, di qualsiasi servizio pubblico o privato, con pazienti adulti o pediatrici, considerando anche residenze per anziani. Il *criterio di esclusione* era che non fossero attivi, per esempio non avessero lavorato, durante il periodo preso in esame, o che fossero studenti, non ancora laureati (si sono inclusi nel campionamento i medici specializzandi in quanto già medici laureati). Inoltre, si è scelto un *campionamento eterogeneo*, in quanto si intendeva studiare il fenomeno da diversi punti di vista, per arrivare all'essenza del fenomeno attraverso la massima ricchezza di dati e un'ampia variabilità nelle dimensioni di interesse (Polit, 2014, p.306). Si sono considerati i seguenti aspetti: che fossero professionisti della salute, attivi durante il periodo COVID-19 nei diversi ruoli, sia assistenziale che amministrativo, in strutture pubbliche, private o convenzionate.

In genere una ricerca per essere valida deve ricavare dati pertinenti al quesito di ricerca, con metodi coerenti, possibilmente raccogliendo una quantità di dati che permetta di avere una visione articolata del fenomeno/esperienza indagati. Questo risponde anche al *principio metodico alfa della fenomenologia empirica*: ottenere una variazione quantitativamente significativa del fenomeno (Mortari, 2023, p. 128). Per la diffusione si è chiesto ai partecipanti di diffondere ulteriormente il *Google form* (si spiegherà più avanti in dettaglio) a colleghi via e-mail o attraverso le reti sociali (Creswell & Creswell, 2007). In questo caso, non si è deciso un numero *a priori* di soggetti e, sebbene si sia raggiunta una certa saturazione con i primi cinquanta partecipanti, si è chiuso il formulario alla data stabilita (questo per avere maggior variabilità geografica e ricchezza nelle risposte).

Sono state scelte le seguenti figure professionali: medico, specializzando, infermiere, professionista della riabilitazione, ostetrica, operatore sociosanitario e altro. In "altro" si sono potuti identificare tutti gli altri ruoli non menzionati sopra.

Nel disegno dello studio si è perseguito il principio di utilità, ossia che sia una ricerca utile e che rispetto al tema rappresenti una novità nel suo disegno: interprofessionale e sovranazionale, in tre lingue.

Durante i mesi di novembre e dicembre si procedeva alla scrittura e invio del *protocollo* dello studio a due comitati etici. Il protocollo è stato approvato da entrambi i

comitati. Nella scrittura del protocollo si è fatta particolare enfasi alla *privacy* e confidenzialità del rispondente, in particolare nell'assicurare anonimato e che i dati non ne permettessero l'identificazione (Grossoehme, 2014). Nell'e-mail di invito, i partecipanti hanno ricevuto informazioni sulle finalità della ricerca, sulla responsabilità dei ricercatori, le istituzioni responsabili e il contatto con un ricercatore in caso di dubbi o necessità di chiarimenti. Si specificava inoltre che a ogni partecipante veniva garantita confidenzialità in quanto il *Google form* non permetteva di risalire all'e-mail di chi rispondeva, e inoltre omettendo domande che potessero fare riferimento a persone, istituzioni o luoghi specifici (si veda il protocollo in Allegato C).

### **3.1.2 Strumento di raccolta dati**

Le interviste rappresentano il metodo maggiormente usato per raccogliere dati nella ricerca qualitativa in genere, anche se si possono usare testi scritti, fotografie, video-registrazioni, etc. (Creswell, 2006). In un contesto altamente drammatico, dove ogni persona era costantemente sollecitata da stimoli dolorosi, dalla stanchezza, dall'incertezza sul domani e dalla forte paura per il contagio, e anche dal poco tempo disponibile, ci sembrava importante creare un dispositivo altamente flessibile, riguardo ai tempi e alle parole da dire, dove la persona non si sentisse forzata da una relazione/incontro con il ricercatore (Grossoehme, 2014). Quali aspetti narrare, il come narrarli e secondo tempi decisi da sé ci sembravano aspetti che dovevano essere garantiti. Quindi ci è parso più opportuno entrare in un modo che mettesse al centro la persona e le sue parole. In questo studio ci siamo avvicinati all'esperienza dei partecipanti sollecitando la narrazione guidata da due domande aperte, garantendo anonimato e confidenzialità. Essendo i partecipanti immersi nel fenomeno oggetto di studio, ci sembrava il modo migliore per avvicinarsi con umiltà e rispetto a un vissuto denso di dolore e sofferenza. Ci sembrava che le domande scritte potessero garantire maggior libertà e offrire altresì uno spazio di riflessione e di costruzione di significato dell'esperienza; infatti, raccontare la propria storia può aiutare a dare un senso agli eventi, facilitando lo sviluppo di processi resilienti (Zannini & Gambacorti-Passerini, 2016). Inoltre, come si è visto in

relazione al *self-care*, la riflessione, attraverso la narrazione, offre uno spazio e favorisce un percorso di autocomprensione affettiva. “Sotto l’azione analitica della riflessione il fluire dell’esperienza interiore ne esce modificato. [...] I sentimenti negativi si impongono vividamente alla coscienza, facendo sentire la necessità di capire cosa ci sta succedendo. Proprio perché i sentimenti negativi mettono in crisi il senso interno di benessere, l’autocomprensione rispetto ad essi diventa essenziale” (Mortari, 2009, p.97). Le pratiche narrative e autobiografiche rappresentano una base ricchissima per la formazione degli operatori sanitari sia per i potenti effetti formativi della scrittura sia per lo sviluppo di apprendimenti non conseguibili con le metodologie tradizionali (Zannini, 2008). Infatti le pratiche di scrittura narrativa facilitano la riflessione, la costruzione di identità professionale, auto conoscenza, e possono favorire un certo benessere e auto compassione per poter agire una *safe care* (Scannell, 2002). In particolare, laddove si privilegiano apprendimenti esperienziali, la narrazione diventa uno strumento potente per evocare riflessività, elaborare i vissuti e attribuire significato, dando spazio quindi all’apprendimento come crescita e potenziamento a livello professionale e personale (Herzog, 2017; Zannini, 2021). Sebbene l’intervista in presenza sia lo strumento privilegiato della raccolta dati per il metodo fenomenologico, durante il periodo COVID-19 ha visto l’uso di strumenti alternativi vista la difficoltà determinata dall’isolamento o per l’intensità del lavoro. Ci si è interrogati a lungo su come raggiungere i partecipanti in un momento così convulso e caotico, e su scala sovranazionale. Google permette di creare moduli in forma gratuita e sicura (*web-based survey*, Google form) ed è ampiamente usato anche per la ricerca qualitativa, soprattutto per arrivare a persone difficili da trovare e su tematiche complesse. In particolare durante la pandemia è stato ampiamente usato (Saarijärvi, 2021; Braun et al., 2021; Hlatshwako et al., 2021; Flannery, 2023). Solo in *Pubmed*, se si cerca come *key words*, *google form survey*, risultano 479 records. La necessità di raccogliere testi scritti o audio o video ha visto uno sviluppo in questi ultimi anni di molteplici supporti per poter raccogliere le storie delle persone, di software che permettono di raccogliere storie in diversi formati. Il caso più frequente, e anche il più economico, è l’uso della piattaforma *Google* per mandare survey, questionari o domande aperte per studi di tipo qualitativo e fenomenologico (Frigerio et al., 2022; Franklin et al., 2021). La capacità di adattarsi ad altri metodi di raccolta dati, quando non era possibile l’intervista *face*

*to face*, in presenza o a distanza, ha permesso una grande flessibilità che non ha interrotto la ricerca qualitativa (Flannery, 2023). Inoltre, i *Google forms* assicurano l'anonimato, la facilità di invio e di poter ricevere i dati in tempo reale, ossia appena la persona che risponde invia la risposta. Non rimane nessuna traccia del rispondente, non è possibile risalire alla sua identità, o al suo e-mail, o aver alcun contatto diretto da parte del ricercatore, se questo non è parte della ricerca e viene definito nel protocollo dello studio. L'uso di queste nuove modalità durante l'epoca COVID-19 ha anche permesso di potenziare gli studi internazionali e in collaborazione (Schlegel, 2021). Durante l'epoca COVID-19 sono stati molti gli studi qualitativi realizzati attraverso *Google form* per raggiungere i partecipanti in una situazione di completo anonimato e libertà di adesione alla ricerca (Rossi, 2021; Ahmed, 2020). Nello studio di Bennett (2020), hanno raccolto i dati (le narrazioni) con l'uso di web site che mantengono l'anonimato<sup>61</sup> (Bennett et al., 2020). I partecipanti potevano scegliere di scrivere o di registrare la voce che poi il sistema trascriveva. Per la nostra ricerca, si è optato per un *Google form*, per poter arrivare a persone non conosciute e a un livello transnazionale, dove il partecipante era libero di rispondere e poteva scrivere la sua risposta in forma anonima. Si è diffuso tramite e-mail a rete internazionale il 21 gennaio del 2021, e anche sulle reti sociali di uno dei ricercatori.

Il *Google form* consente di monitorare quante risposte arrivano e da dove (da quali regioni, da quali città, età dei rispondenti, genere, professione, ospedale di appartenenza, area clinica, ad esempio) e quindi permette di capire dove era necessario ampliare la diffusione. Il formulario, riguardo ai risultati, permette di ordinare le statistiche; infatti, i risultati dei dati sociodemografici vengono rappresentati in grafici, percentuali, tabelle. Mentre i risultati qualitativi si possono scaricare come *data set* completo con tutte le narrazioni.

Dal 21/12/2020 al 10/01/2021 è stato effettuato un test pilota delle domande nelle tre lingue con dieci professionisti della salute (sei medici e quattro infermieri, con diversi ruoli, due madrelingue inglesi, quattro italiani, quattro madrelingue spagnoli) per verificarne la rilevanza, la comprensibilità, e la pertinenza (Bashkin et al., 2022).

---

<sup>61</sup> Nello studio di Bennett hanno usato [videoask.com](https://www.videoask.com) e [www.videoconfidential.com](https://www.videoconfidential.com)

In base ai suggerimenti ricevuti, sono stati fatti minimi cambiamenti sintattici e semantici sino ad arrivare alle domande definitive nelle tre lingue<sup>62</sup>. La parte più complessa è stata la traduzione dei profili professionali e delle aree cliniche, perché questo dipende molto dalle diverse realtà<sup>63</sup> e non è solo una questione di lingua.

### 3.1.3 Scelta delle domande-stimolo per sollecitare la narrazione

Quando si è cominciato a discutere sulle domande che dovevano sollecitare la narrazione (ottobre 2020) i professionisti della salute stavano vivendo la fase più dura del COVID-19, senza vaccino e stremati dalla stanchezza, isolamento, decessi dei colleghi, e malattia dei propri cari.

Una volta messe a punto le domande in italiano, sono state tradotte in spagnolo e in inglese. La traduzione è stata fatta dai ricercatori (due integranti del gruppo di ricerca dominavano sia l'italiano che lo spagnolo) e testata con persone madrelingua e professionisti della salute (*pilot test* descritto sopra).

È stato costruito il *format* di raccolta dati nelle tre lingue<sup>64</sup> ed è stato sottoposto il protocollo di ricerca a due Comitati di Bioetica, uno presso la Facoltà di Medicina

---

<sup>62</sup> I suggerimenti ricevuti sono stati sulla versione in inglese e sono stati di tipo sintattico per semplificare il testo. Non si sono presentati problemi di comprensione. I suggerimenti sono stati accolti.

<sup>63</sup> Questa fase è stata molto complessa e ha richiesto uno studio attento del linguaggio, in quanto l'organizzazione sanitaria e i profili professionali differiscono molto tra il sud America e l'Europa, pensando soprattutto alla diffusione in lingua spagnola. Pertanto, si è cercato di nominare in modo sufficientemente ampio (ad esempio suddividendo solo in sistemi di salute pubblici e privati) e lasciando spazio per "altro" laddove la persona avesse avuto l'esigenza di specificare e quindi di identificarsi meglio.

<sup>64</sup> Questi sono i link per accedere ai *Google form* nelle tre lingue:

Link per la versione in italiano del questionario: <https://forms.gle/F6nT66EHdkGAa44f9>

Link para la versión en español: <https://forms.gle/haEnF9EVNVXhG3ZN8>

Link for the English Language survey: <https://forms.gle/hCoC7qyYqeofWhBBA>



dell'Universidad del Desarrollo e l'altro presso la Pontificia Universidad Católica, entrambi in Cile. Il protocollo e il consenso informato per i partecipanti allo studio sono stati approvati da entrambi i comitati (in gennaio 2021).

Riportiamo la versione delle domande in italiano rivista e approvata (13/01/2021), dopo fase di pilotaggio.

1. “Potrebbe raccontare e descrivere ciò che più Le sembra importante fra gli eventi di cui ha fatto esperienza in relazione alla Covid-19? (pensi, per esempio, a un momento difficile, un vissuto emotivo che le è rimasto)”
2. “Rispetto a quanto narrato, che cosa pensa di aver appreso? (pensi, per esempio, a che cosa ha compreso di sé, della sua professione, della relazione con gli altri, se ha suggerimenti o idee per far in modo che gli eventi possano andare in modo diverso o non presentarsi in futuro)”

Queste sono state le domande in spagnolo diffuse per la raccolta delle informazioni:

1. “¿Podría describir narrando el evento más importante que ha experimentado en relación con la pandemia del Covid-19? (piense por ejemplo en un momento difícil, en una experiencia emocional que le ha quedado en la mente)”
2. “Con respecto a su narración, ¿qué cree de haber aprendido? (piense, por ejemplo, a lo que aprendió sobre sí mismo, sobre su profesión, su relación con los demás, si le han surgido ideas para que en un futuro los eventos puedan ser diferentes, o que no se presenten)”

Queste sono state le domande in inglese diffuse per la raccolta delle informazioni:

1. “Among the events related to the pandemic, could you please tell and describe the most important to you? (For example, you may think of a difficult moment, an emotional experience...)”
2. “According to your story, is there anything you think you have learned? (You may think about what you have comprehended about yourself, your profession, or the relationship with others. Please feel free to share suggestions or ideas about possible solutions useful in the future)”

Si è riflettuto a lungo sui *dati sociodemografici* da richiedere ai partecipanti, facendo attenzione che fossero pertinenti alla ricerca, che rispettassero l'anonimato e la confidenzialità, e che fossero utili/necessari alla comprensione delle risposte alle domande aperte.

I dati sociodemografici richiesti erano: età, genere, professione, tipo di paziente con cui lavorava (bambini, adolescenti, adulti, anziani), in quale area lavorava (per esempio, medica, chirurgica, cure primarie, cure intensive, emergenza, riabilitativa, ambulatoriale, residenza per anziani); in quale tipo di istituzione lavorava (pubblica o privata/convenzionata); se si era contagiato/ammalato di COVID-19; come si era sviluppata la situazione; se aveva assistito pazienti COVID-19 positivi; in quale paese e città viveva.

Il *format* con le due domande-stimolo per attivare la narrazione è stato diffuso via e-mail e *LinkedIn* da parte di due ricercatori. Le e-mail sono state mandate ai contatti dei ricercatori, chiedendo di rinviare a colleghi che potessero essere interessati. Si sono mandati ad accademici e clinici con ruoli strategici negli atenei del nord est in Italia, Cile, Colombia, Spagna, Portogallo, Canada e Thailandia.

La prima scadenza per rispondere è stata stabilita per il 31/01/2021. Poi, in virtù del fatto che per il Cile e tutto l'emisfero Australe era periodo di vacanze estive, si è prolungato sino al 15/03/2021, data in cui si è chiusa la raccolta dati.

### **3.3 Dentro la ricerca: il percorso di analisi dei dati**

L'analisi è stata fatta nelle lingue originali, con successiva traduzione per la scrittura di questo report. Laddove c'era maggior complessità, ci si è confrontati con una madrelingua in inglese per evitare fraintendimenti nella traduzione o il far emergere le proprie teorie nelle parole del partecipante (Bashkin et al., 2022).

Il fare ricerca comporta anche un lavoro di ricerca su sé stesso da parte del ricercatore. La propria storia, in particolare l'esperienza clinica, con pazienti, con studenti, il gruppo di ricerca di appartenenza (*framework* concettuale), le riflessioni e discussioni intorno al tema, le esperienze personali, i vissuti in relazione al COVID-19, le teorie di riferimento sono tutti elementi che influiscono sulla ricerca dalla formulazione della

domanda alla scrittura del report. In ogni sguardo sui dati si esercitano “preconcetti” e una certa prospettiva che può condizionare l’interpretazione dei dati. In alcuni casi possono essere così impliciti che non si possono vedere o riportare (Weston et al., 2001).

Certamente i *framework* concettuali dei ricercatori influenzano il *coding system*<sup>65</sup>; infatti, Creswell (1998) parla di “*apriori theoretical orientation*” che è cruciale per arrivare a definire la domanda. Quando si sviluppa il disegno di ricerca, si esamina la letteratura da diverse prospettive teoretiche per arrivare a una conoscenza più sofisticata dei processi relativi al tema. Il costrutto teorico orienta la domanda di ricerca, lo sviluppo del protocollo e l’analisi dei dati.

Riguardo al come monitorare le teorie implicite si è visto nel capitolo teorico il ruolo dell’*epochè* e il riportare durante tutta la ricerca le scelte, le motivazioni che stanno alla base, e il tenere un *diario* della vita della mente (Mortari, 2002), che diventa parte della metodologia e del percorso.

Si è scelto di creare un *primo coding system* della ricerca, senza fare analisi per genere, età, paese, tipo di paziente, lingua, professione, etc. (Giorgi, 1985) in quanto il materiale era molto ricco e numeroso. La fase di trasformazione del contenuto delle unità di significato in categorie è stata molto delicata, ha richiesto tempo dedicato in quanto si voleva evitare il precipitarsi verso interpretazioni, in quanto la mente, che tende ad astrarre, in realtà correva il rischio di “correre” verso le categorie per gruppo, ma quello che si voleva evitare era appunto “il soggiogare i dati dentro le maglie di un pensiero”<sup>66</sup> (Mortari, 2017, p.73).

---

<sup>65</sup> Un *coding system* è un sistema di codifica per mettere in ordine i testi narrativi e che permette di analizzarli e di comprenderli in relazione alla domanda di ricerca. Il processo di codificazione è in sé il cuore del lavoro, è molto complesso sia per i tempi che per le decisioni. È necessario un monitoraggio costante sulle decisioni che si prendono e riportare tutte le informazioni utili per poter scrivere la storia della ricerca (Weston et al., 2001; Mortari, 2023, p.130).

<sup>66</sup> In una seconda fase si prenderanno in esame i dati analizzando per gruppi omogenei.

### 3.3.1 Descrizione delle sequenze euristiche

Le sequenze euristiche seguite si sono attivate via via mentre si entrava in sintonia con il materiale, ossia i testi scritti da parte dei partecipanti allo studio. In un lavoro di tipo qualitativo, soprattutto quello che segue la filosofia fenomenologica, il metodo non viene definito completamente a priori come nella ricerca quantitativa, ma è un metodo che emerge facendo ricerca. Vi sono tuttavia alcuni principi che è doveroso seguire e che sono stati descritti nel capitolo due (Grossoehme, 2014; Mortari, 2023; Weston et al., 2001; Zannini & Gambacorti-Passerini, 2016).

Le sequenze euristiche attuate si basano sul metodo descritto nel capitolo teorico sul metodo.

Sono state seguite le seguenti fasi:

- (a) costruzione dei data set, con le risposte complete derivate dai format di raccolta delle narrazioni
- (b) lettura reiterata dei testi, mantenendo la lingua originale
- (c) costruzione delle tabelle per l'analisi
- (d) identificazione degli *excerpta* significativi
- (e) identificazione delle etichette descrittive
- (f) confronto sugli *excerpta* e sul metodo
- (g) confronto tra due ricercatori, questa fase (g) è stata costante e reiterativa
- (h) ordinare il primo livello di dati
- (i) identificazione delle categorie di primo livello
- (j) raggruppamento delle etichette
- (k) identificare le categorie di secondo livello o macrocategorie
- (l) ulteriore rifinitura delle categorie di primo livello
- (m) scegliere le principali etichette per ogni categoria
- (n) identificazione della categoria estesa
- (o) identificare l'essenza del concreto

In una ricerca qualitativa di tipo fenomenologico è parte del metodo ricostruire e documentare tutte le decisioni e azioni sui dati in quanto la riflessione e la revisione costante sul metodo determina la validità della teoria che emerge (Mortari, 2017). Qui di seguito vengono descritte le sequenze euristiche realizzate che strutturano il metodo; i passaggi di costruzione del percorso di ricerca sono molteplici e in ordine progressivo (Mortari, 2023, p. 125).

#### *Costruzione data set (a)*

Il *Google form* utilizzato per la raccolta dei dati permetteva di scaricare tutti i dati delle persone che hanno risposto al questionario, con le risposte qualitative e i dati sociodemografici dei partecipanti. Pertanto, la prima fase di analisi è stata l'aver disponibili tutte le risposte, ossia le narrazioni e i dati sociodemografici (come età, genere, professione, città, etc.).

Sono stati costruiti i *data set* con i dati sociodemografici e con le risposte alle domande aperte di tutti i partecipanti. Si è costruito inizialmente un *data set* separato per ogni lingua, posteriormente si sono messe assieme mantenendo la lingua originale, solo per la scrittura di questo report si è tradotto in italiano; quindi, la numerazione e la lingua permetteva di associare la risposta al partecipante (identificando i dati sociodemografici, per capire, ad esempio, se una risposta era di un medico o altro profilo professionale).

In questo caso l'ordine è stato:

dalla risposta 1 alla risposta 240 sono partecipanti che rispondono in italiano

dalla risposta 241 alla risposta 470 sono partecipanti che rispondono in spagnolo

dalla risposta 471 alla risposta 498 sono partecipanti che rispondono in inglese

per un totale di 498 risposte per la domanda 1 e 498 per la domanda 2.

Quindi 996 risposte in totale.

#### *Lettura reiterata delle narrazioni (b)*

Prima di iniziare l'analisi è stato dedicato molto tempo alla lettura olistica di ogni narrazione per cogliere il *quid* che contraddistingue ogni testo. Grosseohme parla di "*sense of the whole*" (Grosseohme, 2014). La lettura non doveva essere pre-orientata da teorie, ma aperta, ossia guidata solo dal "principio di familiarizzare con i testi per

pervenire a una visione d'insieme" (Giorgi, 1985, p.10). È stato molto difficile mantenere l'attenzione su ogni storia come evento unico e allo stesso tempo non perdersi nelle particolarità del materiale. Si è sentita la tensione al rispetto del *principio di fedeltà*: "essere fedeli alle cose significa dedicare il lavoro del pensiero a cercare una conoscenza quanto più possibile precisa [...] e poi trovare quelle precise parole che fedelmente dicano le loro qualità" (Mortari, 2023, p.77). Questa fase è stata molto faticosa, in quanto il primo avvicinamento ai testi non è stato semplice, è stato necessario un tempo per entrare in sintonia con il significato profondo. Spesso erano narrazioni brevissime ma molto dense di significato. C'era una sovrabbondanza di dati sia come quantità che come qualità. Il riuscire a fare un processo di *epochizzazione* per mantenersi fedeli ai dati, il poter avere uno sguardo aperto su ogni testo nuovo, risultava estremamente difficile. "Al ricercatore è richiesto di perseguire una sorta di povertà di conoscenze come condizione per esercitare uno sguardo euristico capace di cogliere il fenomeno nella sua datità offerente" (Mortari, 2023, p.110), per questo la bibliografia relativa alle esperienze sul COVID-19 si è consultata solo in una fase successiva. I testi raccolti si sono letti più volte e in momenti diversi. In questa fase è stato importante essere coscienti dei preconcetti e delle teorie implicite, percorso non facile, che si è cercato di chiarire attraverso gli incontri tra ricercatori e la scrittura nel diario, dove si sono annotati "i vissuti cognitivi che hanno accompagnato il lavoro di etichettatura, sotto forma di riflessioni testuali" (Mortari, 2017, p.74). Infatti, si sentiva la necessità di attivare il processo di auto-analisi con la scrittura del diario della ricerca per poter mettere tra parentesi gli orizzonti di significato già strutturati ed essere maggiormente coscienti delle teorie germinali emerse. Il prodotto di questa lettura era un prodotto mentale, invisibile, che permetteva una prima sommaria conoscenza del testo, per entrare in sintonia con le parole e i significati.

Dal “Diario della vita della mente”, 5 giugno 2021<sup>67</sup>

*Mi sento sopraffatta dai dati, non riesco a trovare il filo, mi sento persa. Questa prima lettura mi genera molta angoscia perché non mi sento capace, sento che non posso farlo, non mi sento degna di avvicinarmi a narrazioni così dense di sofferenza. Mi sento invasa. C'è una sofferenza indicibile che diventa parola e allo stesso tempo concetto pregno di dolore, come la morte, il contagio, la paura, lo smarrimento, la solitudine, sento che concentra un mondo di significati e di significanti. Talvolta mi blocca la forte responsabilità che mi invade.*

### *Costruzione delle tabelle per l'analisi (c)*

Dopo aver letto ripetutamente il testo, si sono identificate le unità di testo significative (*meaning unit*), ossia quelle parti di testo (che possono essere parole o frasi, e che possono variare in lunghezza) (Saldaña, 2013) che sono significative rispetto alla domanda di ricerca, che descrivono l'esperienza o il fenomeno che si sta studiando. Ciò che ha guidato l'identificazione delle unità è sempre stata la domanda di ricerca. Dopo la lettura reiterata dei testi e la familiarizzazione con questi, si è costruito il dispositivo di analisi con l'obiettivo di mettere a punto una prima forma di *coding system*. Si è costruita una tabella che permetteva di fare ordine e di mantenere il rigore metodologico. Le narrazioni sono state messe in una prima tabella e da ciascuna di esse sono derivate delle *unità di significato*, che venivano evidenziate in grassetto e corsivo. Ogni narrazione di ogni partecipante costituiva una riga, numerata a partire dal numero “1” secondo l'ordine di sequenza delle risposte presenti nel *data set*. Le unità significative (*excerpta*) esprimevano le parti di testo significative rispetto alla domanda di ricerca, ossia sono quelle che mettevano in parola le situazioni vissute e gli apprendimenti sperimentati durante il periodo COVID-19 dai professionisti della salute. La *descrizione sintetica* del contenuto di ogni unità circoscriveva maggiormente l'emozione o l'azione descritta nell'unità significativa. *L'etichetta descrittiva (descriptive label)* enucleava il contenuto sintetico e preparava le basi su cui veniva poi elaborata la teoria descrittiva. In questa prima fase l'attenzione era rivolta alle prime colonne della tabella, non ancora alle categorie.

---

<sup>67</sup> I frammenti che si riportano sono parti del testo “Diario della vita della mente” dell'autrice di questa tesi.

Tabella 1: Esempio di tabella di analisi

Narrazione	Unità significative	Descrizione sintetica	Etichette descrittive	Categorie
<b><i>Iniziale smarrimento</i></b> per l'esiguità di informazioni scientifiche sul tema COVID-19.	Iniziale smarrimento	Iniziale smarrimento per carenza di informazioni	Smarrimento	Vissuti affettivi dolorosi

Questo permetteva di realizzare il livello basilare di codificazione, che consisteva nella messa a punto di una descrizione sintetica dei contenuti rintracciabili nei testi narrativi e l'elaborazione di etichette che concretizzano il livello della categorizzazione descrittiva. Attraverso ripetute letture dei testi, in una fase successiva, ci siamo resi conto che le descrizioni sintetiche si sovrapponevano con gli *excerpta*; infatti, era molto difficile trovare altre parole per descrivere, essendo le narrazioni in alcuni casi molto sintetiche e precise. Si è quindi in un secondo momento eliminata dalla tabella la colonna "Descrizione sintetica" in quanto non apportava valore per arrivare all'etichetta descrittiva. In questa fase si riportava ogni narrazione con il suo numero (che permetteva di identificare e relazionare la risposta alle domande aperte con i dati sociodemografici) nella prima colonna. Le tabelle preparavano i testi per essere analizzati.

#### *Identificazione delle unità di testo significative (d)*

Si è lavorato inizialmente sulle prime 50 narrazioni per poter identificare poi le etichette e le categorie iniziali che potessero permettere di costruire un *coding system* provvisorio, che poi è stato messo alla prova sui testi che ancora non erano stati analizzati (Mortari&Saiani, 2013). In realtà il *coding system* è stato più volte messo alla prova ritornando ai dati per capire se si fosse messo ordine o se invece era solo un sistema astratto che ingabbiava i dati anziché rappresentarli (Mortari, 2013). Questo è



stato fatto sulle narrazioni relative alla domanda 1 e alla domanda 2. Il lavoro di identificazione è stato fatto in modo autonomo da due ricercatori; infatti, il confronto, che dev'essere radicale e onesto, è stato necessario per garantire libertà ai dati (Mortari, 2013). Il lavoro sul *coding system* è stato ricorsivo e iterativo: si partiva da un *draft* iniziale del primo *coding system* e poi ci si confrontava per capire quanto il primo tentativo di codificazione fosse robusto. Infatti, sempre, dopo un lavoro individuale di codificazione, si rendeva necessario il confronto in gruppo per controllare il livello di *agreement*. La discussione permetteva di condividere le percezioni, si cercava di arrivare a una comune interpretazione del significato di ogni codice, e si cercava l'evidenza che supportava e sfidava ogni decisione sui codici (Weston et al., 2001; Mortari, 2013). Questo primo lavoro di identificazione delle unità di significato è stato molto lungo, si è protratto per circa nove mesi, ha richiesto molta dedizione e tempo della mente.

#### *Identificazione delle etichette descrittive (e)*

Individuate le unità di testo significative, cioè quelle che narrano i fatti o emozioni più significative e gli apprendimenti nelle esperienze dei professionisti della salute durante l'epoca COVID-19, si sono formulate le *etichette descrittive (descriptive label)* (Mortari, 2013), capaci di enucleare il contenuto sintetico già elaborato e di nominarlo. Questa fase di *labelling* è stata la più complessa del processo di analisi, ha richiesto al ricercatore la capacità di identificare unità significative, e allo stesso tempo di non perdere pezzi rilevanti o di includere pezzi non ricchi, poco significativi. Inoltre, il cercare le parole giuste per ogni etichetta, cioè le parole che sceglierebbero le persone che hanno scritto se dovessero farlo loro, richiedeva una costante attenzione sensibile alla datità originaria del fenomeno (Mortari, 2013). Il lavoro di etichettatura sollevava continuamente dubbi e provocava incertezza, incertezza che se ben gestita, senza farsi prendere dall'ansia del risultato immediato, consentiva “una più feconda problematizzazione dei dati” (Mortari, 2013, p.89).

Questa difficoltà era parte del percorso di ricerca ed è stata documentata nel diario della vita della mente. L'analisi dei vissuti mentali è il lavoro propriamente fenomenologico. In questo contesto si è agito il principio dell'*epoché* per nutrire uno sguardo

fedele alla qualità propria di ogni testo. In questo senso è stato necessario anche prendere distanza, lasciar scorrere un po' di tempo tra l'analisi di un testo e un altro per evitare di recintare il nuovo testo dentro uno spazio ermeneutico già definito (Mortari, 2017, p.74).

Dal "Diario della vita della mente", luglio 2021

*Mi sento profondamente incapace, mi sento molto insicura sulle unità di significato e sulle parole scelte per le etichette. In alcuni casi sono molto letterale in altri molto sintetica allontanandomi troppo dal pensiero della persona. Non riesco ancora a trovare una giusta distanza dal testo.*

*Confronto sugli excerpta e sul metodo (f)*

Dopo aver identificato le prime 50 *etichette descrittive in progress*, ci si è confrontati con il tutor di tesi (si ricorda che in ordine numerico, le prime 50 sono quelle in italiano). Il lavorare in gruppo è stato necessario per condividere il paradigma di azioni per la costruzione del sistema di codifica e per far emergere le distorsioni interpretative e per poter pensare in altri possibili modi di codifica (Mortari, 2013, p. 85; Weston et al., 2001).

Dal "Diario della vita della mente", agosto 2021

*Ho sempre il timore di perdere dati e di non essere fedele a quanto voglio dire il partecipante. Ecco che allora non riesco a fare sintesi, non arrivo al quid, preferisco mettere di più piuttosto che omettere e tradire. E così mi perdo. Sempre mi meraviglia come l'esperto abbia uno sguardo molto focalizzato e chiaro, cosa che ancora mi manca. Il poter contare sulla mia tutor, esperta in analisi qualitativa di tipo fenomenologico, ha permesso di nominare con precisione le etichette. Mi sorprende ogni volta la sua capacità di penetrare a fondo e di nominare. Continua la poca fiducia in me stessa e questo mi impedisce di procedere.*

Le seguenti domande hanno guidato la riflessione: "Quali difficoltà sono emerse nel processo di etichettatura? Come sono state risolte? Quali problemi permangono?". Si è discusso molto sulle etichette trovate, per identificare i punti deboli del processo di

etichettatura, per saper rinunciare al proprio punto di vista e ricominciare daccapo. Questa fase analisi critica dei prodotti di etichettatura si è ripetuta più volte, il lavoro di revisione delle etichette e delle parole per nominarle è stato iterativo durante tutto il percorso.

Quindi attraverso il confronto si è passati dalle etichette *in progress* alle etichette definitive. Per poter fare questo si è ripetuta la fase (d) e la fase (e): si è ritornati sui testi evitando prospettive precostituite per mettere alla prova le etichette già trovate. Nella tabella 2 si riporta un esempio di analisi.

Tabella 2: Esempio di analisi

cod	testo	Etichette descrittive in progress	Etichette descrittive definitive
P1	<p><b><i>Iniziale smarrimento</i></b> per l'esiguità di informazioni scientifiche sul tema COVID-19.</p> <p><b><i>Sensazione di impotenza clinica e terapeutica</i></b></p> <p><b><i>Isolamento dei pazienti dal loro mondo e dalla famiglia anche per lunghi periodi</i></b></p>	<p>Iniziale smarrimento</p> <p>Impotenza clinica</p> <p>Isolamento</p>	<p>Smarrimento</p> <p>Impotenza clinica</p> <p>Sofferenza da isolamento dei pazienti</p>

*Confronto tra due ricercatori e ritorno sulle etichette descrittive (g)*

Il lavoro di analisi delle etichette descrittive non è mai un percorso finito. Vi è un continuo ciclo di revisione, di scoperta di nuove etichette, di un modo migliore di nominare e di curare le parole. Questa fase è stata costante e reiterata tra i ricercatori. Il dover confrontarsi sul metodo, il ritornare sui testi e la revisione delle unità di testo è stato un percorso continuo di ritorno sulle parole dei pratici per poter andare avanti (Weston et al., 2001; Mortari, 2017, p.76). Si verificava inoltre di trovare parti di testo che sebbene fossero significative non avevano ancora trovato un'etichettatura adeguata oppure se vi erano sovrapposizioni. Inoltre, in questa fase di *labelling* si era

cercato di non entrare in contatto con la letteratura specifica sulle esperienze dei professionisti della cura in epoca COVID-19, in modo da tenere il pensiero quanto più possibile immerso nei dati, per essere fedeli ai significati espressi dai partecipanti (Mortari, 2013, p.85).

*Ordinare il primo livello di dati (h)*

Come passo successivo, si è creato un elenco di etichette descrittive, in modo da avere un primo provvisorio sistema ordinato. Si dovrebbe quindi disporre di un insieme di etichette fenomenologicamente capaci di restituire la qualità dei significati testuali (Mortari, 2017, p. 76). Si ritorna alla fase (g) di confronto dei prodotti del processo di analisi per pervenire a una concettualizzazione che sia la più fedele possibile. Nella Tabella 3 si riporta il primo elenco di etichette, mentre nella Tabella 4 si riporta l'elenco rifatto. Si vede come il linguaggio diventa più preciso, infatti ad esempio nell'iniziale Vissuto affettivo si dettaglia un vissuto come Smarrimento, Incertezza e così anche in altri casi.

Tabella 3: Primo elenco di etichette

Primo elenco di etichette
Riflessioni ontologiche
Orientamento esistenziale
Consapevolezza del valore degli atti di cura
Riflessioni relazionali
Consapevolezza dell'importanza della pratica riflessiva
Apprendere il valore del conoscere se stessi
Consapevolezza del valore della cura del gruppo di lavoro
Vissuti affettivi
Riflessioni esistenziali
Consapevolezza degli apprendimenti personali
Consapevolezza di avere appreso dalla tecnologia
Pensieri ontologici
Arricchimento dell'esperienza lavorativa (ruolo tecnologia)
Vissuti emotivi
Consapevolezza del valore del lavoro sanitario
Indicazione per una trasformazione del servizio sanitario
Desiderio di una nuova classe dirigente
Ruolo leadership
Pratica riflessiva
Prospettiva etica
Apprendimenti del modo di essere
Orientamento esistenziale
Conoscere sé stessi / scoperta di sé
Indicazione per una trasformazione del servizio sanitario
Consapevolezza di una intensificazione del processo formativo per i sanitari

Consapevolezza del valore delle relazioni  
Modi essere da apprendere e valorizzare  
Arricchimento dell'esperienza lavorativa (clinica)  
Indicazioni per l'innovazione organizzativa  
Quello che è mancato

Tabella 4: Elenco finale

Lo smarrimento  
L'incertezza  
La sofferenza  
La paura (di commettere errori) L'angoscia  
La frustrazione  
L'isolamento del paziente  
L'isolamento del professionista  
Il morire in solitudine  
Il sentire la paura e la solitudine dell'altro  
Il vedere la sofferenza dell'altro  
Il sentire la paura  
La sofferenza della persona anziana sola  
Le conseguenze sulla salute mentale  
Il morire dei pazienti  
Il morire di colleghi e persone care  
La paura di contagiarsi  
La paura di contagiare  
Lavorare con i DPI  
Il sentire i limiti nella comunicazione  
Il poter condividere il difficile  
La collaborazione  
La necessità di accompagnare  
L'essere disponibili  
Facilitare il contatto con il familiare  
Il saper fare squadra  
Il gruppo di lavoro come sostegno  
Il narrarsi come cura  
Il supporto psicologico  
La formazione come supporto  
Le decisioni difficili  
Mancanza di informazioni  
Il *discomfort* del paziente  
Il tempo per la cura  
La cura come supporto e vicinanza  
L'importanza dei piccoli gesti  
Consapevolezza della fragilità  
Vivere il presente  
La scoperta della forza interiore  
La scoperta dei limiti  
L'imparare l'empatia  
Il *self-care* per poter assistere  
Il fermarsi a riflettere  
Il sapersi adattare  
La scoperta di nuove esperienze  
Apprendimenti clinici  
Vedere con occhi nuovi la propria professione  
Il valorizzare la propria professione

Il sentirsi necessari Il saper mettersi in gioco Formazione come cura del professionista Necessità di una dirigenza qualificata Necessità di una dirigenza sensibile Trovare nuove strategie
---

*Identificazione delle categorie di primo livello (i)*

Il passo successivo è consistito nel raggruppare le etichette in categorie. Mentre l’etichetta descrittiva nomina il contenuto di un’unità di testo, la categoria dà nome a un set di etichette descrittive raggruppate sulla base di un’analogia. “Ogni gruppo di etichette analoghe costituisce una categoria” (Mortari, 2013, p.69). Quelle descrittive si basano sui dati, mentre quelle categoriali rappresentano “un livello di progressiva astrazione, e tale astrazione aumenta nel momento in cui si costruiscono categorie di categorie, sino ad arrivare alla categoria *estesa*” (Mortari, 2023, p. 183).

Come si può vedere nell’esempio nella Tabella 5 le tre etichette descrittive sono state raggruppate sotto la categoria iniziale *Emotion* (che poi sarà in italiano Vissuti affettivi), in quanto tutte e tre fanno riferimento alle emozioni. Le *etichette di secondo livello* sono definibili anche *etichette categoriali* (Mortari, 2017, p.76).

Tabella 5: Esempio di raggruppamento

cod	testo	Etichette descrittive definitive	Category Conceptual label
P1	<b><i>Iniziale smarrimento</i></b> per l'esiguità di informazioni scientifiche sul tema COVID-19. <b><i>Sensazione di impotenza clinica e terapeutica</i></b> <b><i>Isolamento dei pazienti dal loro mondo e dalla famiglia anche per lunghi periodi</i></b>	Smarrimento  Impotenza clinica  sofferenza da isolamento dei pazienti	Emotion  Emotion  Emotion

Questo percorso permetteva di costruire un primo sistema di codifica provvisorio. In realtà già si può parlare con questi primi 50 testi di saturazione dei dati. Infatti, applicando questo sistema di codifica a tutti i testi in italiano non erano emerse altre categorie. Per i testi in spagnolo e in inglese si è partiti dalla fase (e) senza applicare il

sistema di codifica identificato in italiano per evitare di racchiudere le unità di significato in gabbie cognitive precostituite. Si era aggiunta solo la iniziale categoria “Raccomandazioni” (emerge dai testi in spagnolo e fa riferimento al *self-care*, uso DPI, etc. per non contagiarsi).

Tutti i testi nelle tre lingue arricchivano ulteriormente l’analisi, permettendo di saturare le categorie e così di supportare l’evidenza. Questo ci ha permesso inoltre di sentire che il *coding system* finale era sufficientemente robusto per catturare il fenomeno oggetto di riflessione (Weston et al., 2001; Mortari, 2023).

#### *Raggruppamento etichette (j)*

A questo punto si sono raggruppate le *labels* che enucleavano lo stesso significato, come ad esempio l’etichetta Smarrimento, Impotenza, Solitudine con i numeri di riferimento delle unità di significato. Con questa operazione si è visto come certe etichette fossero estremamente presenti, si ripetevano molte volte. Ad esempio, lo “Smarrimento”, si ripete le seguenti volte (ogni numero rappresenta il relativo partecipante): (1) (14) (15) (27) (54) (55) (58) (65) (76) (92) (132) (144) (154) (160) (203) (422).

Inoltre, si sono messi in evidenza (barrandoli, ma non eliminandoli) gli *excerpta* più semplici e sintetici, ossia meno ricchi dal punto di vista del discorso rispetto ad altri che sembravano descrivere con maggior ricchezza l’esperienza. La ricchezza dei dati e la saturazione dell’informazione fa sì che in alcuni casi si ripetevano gli *excerpta* con le stesse parole, ossia che diverse persone in lingue diverse e in paesi diversi abbiano detto esattamente le stesse cose (questo ci ha colpito molto, ossia ci faceva sentire di essere effettivamente arrivati all’essenza del fenomeno, al *quid*). Si è quindi deciso in un *coding system* finale di tenere solo gli *excerpta* più significativi.

#### *Identificare le categorie di secondo livello o macrocategorie (clusterizzazione) (k)*

A questo punto si sono raggruppate le categorie secondo temi affini, laddove vi era una certa analogia, per esempio: le riflessioni ontologiche, l’orientamento esistenziale, apprendere il valore di conoscere se stessi e i vissuti affettivi si sentivano far parte di una categoria di secondo livello che in questa fase si è nominata “Conoscenza di sé”. Questa operazione di raggruppamento è stata fatta in modo molto intuitivo e allo stesso

tempo ragionato sull'appropriatezza e pertinenza di ogni categoria a un determinato gruppo.

Questo si è ripetuto per ogni gruppo di categorie, ne sono risultate delle tabelle con categorie raggruppate secondo regioni qualitative, “ossia insieme di dati che esprimono qualità differenti” (Mortari, 2017, p.76.). Mortari parla anche di regioni fenomeniche (Mortari, 2023). Le azioni euristiche svolte si chiamano di *clusterizzazione*, in quanto si dà luogo ad un ordinamento a grappoli del materiale concettuale prodotto attraverso il lavoro di analisi. Il *cluster* di analisi si struttura in tanti livelli quanti se ne rendono necessari per ordinare i dati (Mortari, 2023).

*Ulteriore rifinitura delle categorie di primo livello (l)*

Dopo questa fase di *clusterizzazione* è emerso che alcune categorie avevano un numero di etichette molto alto. Non era solo una questione di numero ma anche di contenuto, per esempio, in *Emotion*, la solitudine poteva essere in sé stessa una categoria, in quanto vi erano tanti concetti che dovevano essere divisi. Infatti, in un successivo livello di analisi la solitudine diventa una categoria che al suo interno ha le seguenti subcategorie: la solitudine del paziente, la solitudine del professionista, il morire in solitudine. *Emotion* diventa così una categoria di secondo livello. Con il codice colore, per potersi orientare meglio, si sono identificati gli *excerpta* e le etichette simili, e si sono raggruppati (si veda esempio nella Tabella 6). Il codice colore si è rivelato molto utile per orientarsi nella notevole numerosità di *excerpta* ed etichette. Quindi per esempio le unità di significato relative a Lo smarrimento sono state colorate di verde. Dentro ogni tema simile si sono poi identificati altri temi. Questo è stato un lavoro di confronto e di ritorno agli *excerpta*, di dubbi e timore sull'uso delle parole.

Tabella 6: Vissuti affettivi

Categoria secondo livello	Categoria primo livello
Emotion (vissuti affettivi)	Lo smarrimento
	La solitudine globale
	La paura totale (propria e altrui)



	Le morti numerose (o affrontare la morte)
	La paura del contagio/contagiare

In questa fase si era ancora alla ricerca delle parole corrette per nominare le categorie; non si era arrivati ancora a una denominazione definitiva.

*Scegliere le principali labels per ogni categoria (m)*

Essendo il materiale così ricco e numeroso a questo punto si fa una scelta delle etichette più significative per ogni categoria per avere un coding system più pulito e leggibile. Si ripete la fase (f) e la fase (g) del percorso per poter discutere e confrontarsi sulle parole e sulle scelte fatte e per poter agire il principio di fedeltà, ossia di disporre di un insieme di etichette che per ogni categoria sono “fenomenologicamente capaci di indicare in modo fedele il contenuto delle unità testuali significative” (Mortari, 2013, p.69).

*Identificare/emergere della categoria estesa (n)*

Sin dalla prima lettura delle narrazioni si viene invasi dagli aspetti affettivi, che s'intrecciano con tutti i temi. Infatti, la sofferenza si relaziona con la morte, con il contagio, con l'angoscia morale, con l'isolamento, con mancanza di DPI, con difficoltà di comunicazione. È stato un percorso molto complesso il riuscire a districare le tematiche dagli aspetti emotivi dai quali quasi in modo circolare, molto spesso si parte e si arriva. Quando si chiede nella prima domanda qual è stato l'evento principale che ha caratterizzato questo periodo, numericamente prevalgono le emozioni. In totale rappresenta il 32,6% delle etichette descrittive. Pertanto, emergono i vissuti affettivi come la *categoria estesa* di questo studio. È la categoria che rappresenta il filo conduttore delle narrazioni, la più potente, è la struttura essenziale senza la quale non si potrebbero spiegare le altre categorie (Alhazmi & Kaufmann, 2022).

Dal “Diario della vita della mente”, luglio 2022

*Sono sommersa dai dati, dalle parole, dalle informazioni. Sento che non riesco a descrivere rispetto alla metodologia quello che succede nei miei pensieri. Il mio cervello articola, connette, raggruppa, lavora in modo incessante, ma faccio una fatica indicibile nel tornare indietro per descrivere ogni passaggio nel report. I dati sono molto interconnessi, ancora una volta sento tutta la fatica. Non riesco a catturare tutta la messa in azione a livello cognitivo. Questa incapacità mi stanca molto, avverto tutta la fatica e dopo un’immersione il mio cervello vuole prendere distanza e non riesco a rimettermi sul lavoro come vorrei.*

*Identificare l’essenza del concreto (o)*

La presentazione ordinata dei risultati raggiunti rappresenta la teoria fenomenologica descrittiva dell’esperienza del covid-19. Il risultato è una descrizione ordinata dei temi che emergono durante l’epoca covid così com’è vissuto dai partecipanti alla ricerca (Mortari, 2017, p. 70)

È stato molto complesso affrontare un materiale così ricco e denso. Si è sentita l’esigenza, durante il lavoro di codificazione, di “disegnare” le relazioni tra le diverse categorie (le prime mappe sono state fatte su un foglio e a mano, proprio per poter rendere concreti “gli oggetti” del pensiero). Anche se questo non è proprio della ricerca fenomenologica empirica, che non propone una mappa finale come la *Grounded Theory*, ha permesso di chiarire e di fare ordine.

In questo caso le mappe sono servite per plasmare i diversi passaggi operati dalla mente, senza avere l’esigenza di arrivare a un’unica mappa definitiva.

### **3.4 Revisione delle categorie: descrizione narrativa del percorso**

Durante il lavoro di analisi delle narrazioni si sono dovute prendere costantemente decisioni. Prima di tutto riguardo al testo decidere che cosa fosse importante rispetto la domanda di ricerca e che cosa rappresentasse un *pattern* di significato nel data set. Poi il decidere che consistenza, ricchezza di dati dovesse avere un tema per essere tale come nel caso dei Vissuti affettivi, che poi è diventata Emozioni come *categoria estesa* che “colora” tutti gli altri temi, è fortemente interconnessa e presente. Si è dovuto fare

un grande lavoro su questo tema in quanto vi era un numero notevole di etichette, e lì ci si è resi conto che stavano emergendo altri temi. Inoltre, in fase di scrittura del report di ricerca, l'iniziale tema "Riflessioni ontologiche" è diventato "Riflessioni sulla vita", e si è messo assieme a Orientamento esistenziale perché da solo era troppo povero. In seguito, alcune etichette sono diventate parte di una miscellanea (Vari). In alcuni casi, si erano create sovrapposizioni o alcune differenze semantiche per alcuni sottotemi, che sono stati riviste nelle etichette e unità di significato e si è fatta una scelta nel nominare, ad esempio:

Indicazioni per l'innovazione organizzativa

Indicazioni per una trasformazione del Servizio Sanitario

Il *quid* del tema era lo stesso, leggendo e rileggendo le unità di significato; pertanto, si è scelto il sottotema "Indicazioni per una trasformazione del servizio sanitario", che è stata la prima ad essere identificata. Di fatto essendoci così tanti dati, in alcuni casi si è identificato un sottotema che ha cambiato leggermente il nome perché si è cercato di cogliere alcuni elementi che poi ci si è resi conto non fossero sostanziali.

Durante la scrittura del report, si ritorna anche sul nome dei temi (Un esempio: "Le relazioni" diventano in un secondo momento "Il valore e significato delle relazioni", poi in un terzo momento "La relazione che conforta", alla fine diventa: "La relazione che cura").

Questo in quanto rivedendo ancora una volta le unità di significato si percepiscono come operazione mentale altri significati, questo "per lasciare spazio a impreviste emergenze di senso" (Mortari, 2017, p.73; Mortari, 2013, p.56-78).

Dal "Diario della vita della mente", settembre 2022

*Durante la fase di scrittura del report, rivedo continuamente le unità di significato, come le ho raggruppate secondo i labels, e ancora una volta mi rendo conto che è un lavoro che non è ancora finito. Emergono altri significati, la necessità di spostare qualche unità di significato in una categoria probabilmente più attinente. E questo accade perché il materiale è molto ricco, numericamente e come significato, e anche perché la stessa unità di significato tributa a più di un label, e operare una scelta categorica e definitiva non è semplice, sento che sto forzando quanto dice la persona dentro una interpretazione mia che non è unica. Sento questo molto arbitrario.*

In fase di scrittura del report, quando già si era definito un ordine di descrizione delle categorie, si è sentita la necessità di cambiare l'ordine della sequenza di presentazione delle categorie<sup>68</sup>. Si è così deciso di mettere il tema Relazioni di seguito al tema Vissuti affettivi, sia per la frequenza (infatti le Relazioni rappresentano il secondo grande tema per numerosità di unità significative) sia per la connessione con i Vissuti affettivi, in quanto le relazioni emergono come “cosa buona in un contesto difficile”.

### 3.5 Analisi del processo di concettualizzazione

Durante la scrittura del report, in una terza revisione, si ritorna a riflettere sul nome dato alle categorie, in alcuni casi si osservano delle ripetizioni, come nell'esempio sotto riportato riguardo alla storia della categoria Paura nella macrocategoria Vissuti affettivi.

Nasce come *Paura*, poi diventa *Sofferenza*, poi di nuovo *Paura*. In fase di scrittura del report sembra che si ripeta con la categoria “Timore del contagio”, ma in realtà la categoria “paura” parla di un contesto complesso dove la paura deriva da diversi fattori, mentre quella del contagio è specifica dovuta al contagio. Quindi si decide per “Paura globale”. Tutto diventa paura. Dalla radice etimologica *pavor*, latino, paura significa turbamento, smarrimento, inquietudine per un pericolo <sup>69</sup>.

Questo porta a rivedere tutte le categorie, a passare ad un altro livello di analisi.

Sempre in questa fase si decide che la “Cura” è in realtà una macrocategoria che include la cura per il paziente, la cura per sé e la cura del gruppo.

---

<sup>68</sup> Prima versione dei risultati (ordine): VISSUTI AFFETTIVI, PROFESSIONALISM, CONOSCENZA DI SÉ (PERSONALE E PROFESSIONALE), LA RELAZIONE, SCOPERTA SUL PROPRIO RUOLO PROFESSIONALE, GESTIONE E LEADERSHIP

<sup>69</sup> s. f. [rifacimento, col suff. *-ura*, del lat. *pavor -oris* «timore, paura», der. di *pavere* «aver paura»]. – **1. a.** Stato emotivo consistente in un senso di insicurezza, di smarrimento e di ansia di fronte a un pericolo reale o immaginario o dinanzi a cosa o a fatto che sia o si creda dannoso: più o meno intenso secondo le persone e le circostanze, assume il carattere di un turbamento forte e improvviso, che si manifesta anche con reazioni fisiche, quando il pericolo si presenti inaspettato, colga di sorpresa o comunque appaia imminente (Treccani, vocabolario online, <https://www.treccani.it/vocabolario/paura/>).

Questa operazione di “pulizia” si ripete nuovamente. Rispetto al raggruppamento in macrocategorie i grandi temi che emergono si riaffermano:

- i vissuti affettivi
- la relazione che cura
- aspetti legati al *professionalism* e all’etica professionale
- la conoscenza di sé (a livello personale)
- la conoscenza di sé (a livello professionale)
- sviluppo del ruolo professionale
- la necessaria trasformazione del servizio sanitario

Invece si ragiona e si riflette ulteriormente sulle categorie di primo livello, per arrivare a definire meglio, con maggior chiarezza semantica.

Per esempio, rispetto alla macrocategoria Vissuti affettivi, si cerca di dare una maggiore definizione: si sostituisce lo smarrimento con impotenza, in quanto l’impotenza è maggiormente rappresentata. Di fatto l’impotenza è la causa dello smarrimento. Inoltre, l’incertezza, il non sapere causa impotenza. Ci sembra che impotenza descriva meglio, racchiuda meglio, esprima meglio il vissuto.

Poi sulla “Paura globale” non si è convinti, e visto che sono molte le sfaccettature e le cause della paura, molti sono i fattori che determinano la paura, ecco che diventa Le paure. Il timore del contagio diventa Preoccuparsi del contagio, in quanto il timore di contagiarsi è rivolto verso sé stessi, mentre la paura di contagiare la famiglia e i familiari anziani, il timore per l’altro ha anche una dimensione legata al *caring*.

Quindi finalmente le categorie che costituiscono la macrocategoria “I vissuti affettivi” sono: L’impotenza, La solitudine, Le paure, Affrontare la morte, Preoccuparsi del contagio.

Alcune categorie, come Alterazione della modalità di relazione o Quello che è mancato si definiscono come nota di processo, in quanto sembrano descrivere il contesto più che rispondere alla domanda di ricerca.

Rispetto alla macrocategoria Scoperta del ruolo professionale si sente che è Sviluppo del ruolo professionale, nel senso di crescita, visibilità. Inoltre, la categoria “Scoperta” del valore del lavoro sanitario diventa: Conferma del valore del lavoro sanitario /comunità e personale.

Questo costante lavoro di revisione delle parole riporta ai testi che sono la vera fonte dei significati.

Dal “Diario della vita della mente”, 5 ottobre 2022

*Riuscire a riportare come nota di metodo tutti i pensieri e riflessioni che emergono durante la scrittura del report è un lavoro impossibile. Riesco a riportare quanto è più evidente alla mia mente, come operazioni mentali e azioni sul testo, ma sento che mi sfuggono molte operazioni mentali che mi portano poi a prendere certe decisioni, che in alcuni casi riguardano una parola unica, o la punteggiatura (uso del trattino, ad esempio). Sento che questo - quanto mi sfugge - rende meno preciso e sistematico il lavoro, ossia il riportare tutto quello che sto facendo, che è parte fondamentale del metodo qualitativo.*

Rispetto alla macrocategoria *professionalism*, quello che è mancato diventa nota di contesto, e alcune etichette si ripetono e trovano spazio in altre categorie, come ad esempio nei Vissuti affettivi.

Vista la ricchezza dei dati si crea un *coding system* “semplificato” cercando di identificare almeno le 6, 7 labels più significative per ogni categoria, e identificare bene per poi chiudere con questo passaggio. In fase di scrittura si descrivono le *labels* e si riporta l’unità di testo più significativa.

Successivamente si decide che *Le paure* diventano *La sofferenza*, che sembra indicare meglio quello che esprime la datità.

“Diario della vita della mente”, 19 ottobre 2022

*Il processo di nominare è estremamente complesso e mai concluso. In questo momento sento che ho maggior chiarezza, sento che ho in mano i dati, la ricerca, ed è per questo che sento che posso osare, mi sento solida sui dati, le relazioni tra le categorie, sento meno la confusione che sentivo sino a pochi giorni fa. La settimana scorsa (19/10) ho presentato questi risultati iniziali a un gruppo di ricercatori, e sento che questo mi ha “obbligata” a fare focus, ordinare ulteriormente per poter essere chiara nel trasmettere a chi mi ascoltava. Il dover dire a voce alta mi ha aiutata in questo percorso. Sento che sono passata ad un’altra fase rispetto al*

*nominare. Ho anche maggior chiarezza rispetto alle mie teorie implicite. Ad esempio, l'unica categoria che ancora non so bene dove collocare, è quella relativa al care e caring. Ed è lì dove con maggior forza spingono le mie precomprensioni.*

In fase di analisi della letteratura sul COVID-19 emergono altre riflessioni legate alle particolarità dei risultati.

“Diario della vita della mente”, 26 ottobre 2022

*Leggendo gli altri articoli, studi sul covid, emerge come le tematiche e i risultati dipendano molto dal contesto e questo mi porta a pensare come in ogni caso chi fa la ricerca è presente anche nei risultati, nel messaggio che si vuol dare, come si arriva comunque a forzare la voce di chi narra. E mi chiedo se questo ha anche una valenza politica legata al territorio e al paese dove si genera la ricerca. Nel nostro caso ha il valore di essere trans-nazionale, ma non sono sicura che questo ci abbia evitato a “forzare”.*

Riflessioni emerse durante la scrittura della discussione.

“Diario della vita della mente”, 28 ottobre 2022

*Leggo la letteratura e osservo che alcune frasi, unità di significato sono esattamente uguali a quelle del nostro studio, in particolare quando parlano dei vissuti affettivi, il senso di colpa, la mancanza di risorse, i problemi con la dirigenza ... e rifletto sul fatto che è essenziale non aver consultato prima la letteratura perché questo avrebbe inquinato tutto il lavoro di analisi, ponendo parole e interpretazioni che in base alla popolazione e paese sono invece molto diverse, anche se le parole sono uguali. È interessante vedere come appaiono le teorie implicite in base alle analisi realizzate. Più gli studi sono precisi nel riportare il metodo più si rende visibile il contesto culturale e sociale dove vengono realizzati.*

“Diario della vita della mente”, novembre 2022

*Adesso a ricerca conclusa, mentre scrivo il report, sento che ho interiorizzato, attraverso tutta la fatica, gli aspetti metodologici, gli step effettuati. Durante il primo anno di PhD lo studio del metodo, degli aspetti teorici rimanevano come qualcosa al di fuori di me. Adesso tutto ha un senso e una nuova luce.*

Durante il periodo *luglio-dicembre 2023* si procede a una nuova revisione in base ai commenti ricevuti dai revisori esterni in fase di valutazione del lavoro svolto. In primo luogo, si porta tutto il *coding system* alla forma verbale, questa operazione induce a rivedere le unità significative e a ripensare per alcune al “posto migliore”, questo in quanto spesso, come si è già visto, i vissuti affettivi “Colorano” le macrocategorie e spesso si crea una certa difficoltà nel cercare di essere molto rigorosi.

In questa operazione i Vissuti affettivi diventano i Vissuti dolorosi, in quanto i vissuti hanno diverse componenti, sia affettive che cognitive (Lou, 2017). Inoltre, si traduce tutto, non solo le unità che si riportano nelle tabelle, e si identifica meglio cosa emerge dai medici, che rappresentano la maggior parte della popolazione cilena, e dagli infermieri, che rappresentano al maggior parte della popolazione italiana.

In questa fase vi è stata pertanto “un’evoluzione” del *coding system*, un ulteriore livello di “maturazione”, nella forma verbale e nel rivedere le unità significative. Vi è maggior precisione, e un ulteriore livello di profondità di lavoro sulle parole.

Per esempio, si veda il cambiamento operato per la categoria “Il dolore provocato dalla solitudine”:

Il dolore provocato dalla solitudine	L’isolamento del paziente L’isolamento del professionista Il morire in solitudine Il sentire la paura e la solitudine dell’altro
--------------------------------------	---

Diventa dopo la fase di revisione:

Sentirsi immersi nella sofferenza	Sentire la solitudine e la paura Soffrire per la solitudine del paziente Provare sofferenza per la persona anziana Il sentirsi sopraffatti a livello emotivo
-----------------------------------	---

Questo porta a precisare, riordinare, come si è detto sopra, e a trovare il “giusto” spazio. Quindi vi sono stati anche movimenti di unità significative. Questo anche grazie ai suggerimenti e commenti dei revisori esterni. Si porta in allegato D la tabella del



*coding system* prima di giugno 2023 per poter permettere di visualizzare tutti i cambiamenti operati.

### **3.6 Processo di apprendimento sul metodo**

Alcune considerazioni metodologiche a partire da riflessioni personali sul percorso svolto.

Il metodo della fenomenologia empirica descritto da Mortari (Mortari, 2023) ha permesso di lavorare sulle narrazioni in modo ricorsivo e con una continua supervisione e attenzione secondo il principio di fedeltà (Mortari, 2017). È un metodo che attraverso l'identificazione delle unità significative mantiene in dialogo il discorso senza il rischio di perdere frammenti importanti di significato, sebbene, in alcuni casi, durante la costruzione del *coding system*, che è la base della costruzione della teoria, ho sentito il dover decidere dove appartenesse una unità significativa come una separazione forzata, in quanto spesso una stessa unità tributava a più di una categoria, in quanto il materiale è molto ricco e tutto è interconnesso. Ho sentito spesso che l'esigenza di rimanere dentro una cornice metodologica definita e valida entrava in conflitto con la complessità e numerosità dei dati. Altra considerazione sul metodo di raccolta dati: si potrebbe dire che la narrazione non sia il metodo per eccellenza per una ricerca fenomenologica empirica, versus l'intervista in profondità. Dopo aver analizzato in diversi momenti, una gran quantità di dati, credo di poter affermare che si raggiunge la profondità attraverso la numerosità e ripetizione. Le persone che hanno risposto spesso hanno privilegiato una risposta sintetica, come ad esempio "le numerose morti", ma che in sé non ha bisogno di ulteriori specificazioni. Chi scrive ha identificato l'essenza del fenomeno, essendo un fenomeno unico e condiviso. Spesso le parole si ripetevano, anche nelle diverse lingue, e si vedrà in seguito, analizzando la letteratura sul COVID-19, che si ripetono in altri studi simili in relazione a certi temi. Chi risponde, la maggior parte, non fa ampie descrizioni con dati di contesto sui fatti (forse per un tema di confidenzialità a cui sono abituati i professionisti della salute), ma si evidenzia il cercare parole precise che esprimano fedelmente il vissuto. Vanno oltre l'evento specifico, perché sono molti casi particolari che si ripetono nelle stesse forme, sebbene possano

cambiare i nomi delle persone o degli ospedali o delle città o dei paesi dove avvengono. Non descrivono un evento solo, oppure ne descrivono uno che è emblematico della situazione vissuta. Sanno racchiudere in una frase moltissime situazioni analoghe. Ho la sensazione che l'esperienza vissuta abbia riportato chi ha risposto all'essenziale dell'esperienza umana nel condividere la sofferenza e il morire. Un numero elevato di persone, 504, di diverse parti del mondo, hanno fornito narrazioni simili sullo stesso fenomeno, nonostante fossero diversi professionisti della salute e di ambienti diversi, sanno cogliere ciò che sta sotto la numerosità degli eventi e delle emozioni che hanno vissuto. Hanno esperito una grande casistica: l'aver vissuto un numero elevato di eventi in un periodo lungo, sistematicamente, permette loro di cogliere l'essenza.

Quando si pubblica un lavoro, si riporta solo la punta dell'iceberg riguardo la ricerca effettuata, si restituiscono le informazioni e i dati sufficienti per poter condividere con la comunità scientifica i metodi e i risultati (Weston et al., 2001). In genere, in un articolo non appare la grande fatica nello sviluppare un *coding system* e tutte le scelte effettuate durante il percorso. Inoltre, un *coding system* non è mai un prodotto definitivo, continua a evolvere durante l'analisi, e anche questo non viene riportato in una pubblicazione. Sento che l'aspetto più potente di questo percorso è appunto la storia del percorso e non solo il risultato (che è ciò che si condivide con la pubblicazione). La storia della ricerca, che si riporta in questo capitolo, mi sembra l'aspetto più affascinante e utile per capire la ricerca stessa. Anche l'ambiente di provenienza del ricercatore definisce i risultati, per questa ricerca la dottoranda proviene dall'area clinica (infermiera) e la professoressa tutor è una pedagogista esperta in epistemologia della ricerca qualitativa, in particolare della fenomenologia empirica. Le storie personali dei ricercatori, la loro comunità di appartenenza, il *framework* teorico di riferimento influenzano e arricchiscono la prospettiva e il dialogo intorno alla ricerca. Si potrebbe dire che ogni ricerca non sia mai conclusa e che è il risultato di un insieme di fattori unici, soprattutto legati alle persone che l'hanno vissuta, sia come ricercatore sia come partecipante.

#### **4. L'esperienza della cura durante il COVID-19: una teoria descrittiva**

*“Condividere i vissuti e le esperienze di pazienti ma anche di operatori rappresentano pagine di un libro che offre soluzioni, supporto e speranza derivanti dalle realtà vissute dalle persone” (59,I,I)*

Lo scopo di questa ricerca è stato quello di comprendere i vissuti e gli apprendimenti sull'esperienza della pandemia COVID-19 da parte dei professionisti sanitari e quindi di pervenire a quella che fenomenologicamente si definisce una “teoria descrittiva”. Inoltre, con questo studio si è voluto dar voce e proporre uno spazio a chiunque volesse condividere la propria esperienza con il desiderio e l'intenzione che la scrittura potesse offrire una prima elaborazione e re-significazione di un vissuto di dolore e sofferenza. In questo senso, la scrittura può diventare anche terapia (Bruce et al., 2018).

In questo studio ci siamo avvicinati all'esperienza per poter cogliere l'essenza del fenomeno attraverso due domande aperte, di tipo narrativo, garantendo anonimato e confidenzialità. Ne sono scaturite narrazioni a volte fluide e molto analitiche e, in altri casi, molto sintetiche. Alcuni hanno scelto di scrivere che per loro era ancora “troppo” (troppe emozioni) per poter fermarsi a riflettere, pensare e rispondere. Ogni risposta, benché breve, racchiudeva un mondo pulsante di forti emozioni e di molto dolore. Un dolore che per gli operatori sanitari, le vittime e i familiari, continua tutt'oggi. Per questo si è voluto fare una ricerca dopo un anno dall'inizio della pandemia per capire quali sono gli aspetti che vanno oltre la prima emergenza. Sembra doveroso esplicitare che la nostra preoccupazione principale è stata quella di onorare ogni scritto pervenuto e di poterlo osservare come un dato unico anche se molte parole, frasi e storie si sono ripetute. Ci auguriamo di trasmettere tutto questo con rispetto e umiltà (Charon, 2006).

In questo capitolo vengono presentati e descritti i principali dati emersi dalle narrazioni pervenute. Il complessivo lavoro di analisi e codifica delle narrazioni raccolte è riassunto nella Tabella 8, dove viene riportato schematicamente l'insieme delle macrocategorie, categorie di primo livello e le loro declinazioni nelle rispettive eti-

chette concettuali. Lavorando su materiali empirici, le narrazioni dei partecipanti, attraverso una procedura induttiva, si è giunti a identificare le etichette concettuali attraverso un processo ricorsivo.

Come si è visto nel capitolo metodologico, i partecipanti all'indagine sono tutti professionisti sanitari. Alla sollecitazione narrativa hanno risposto 244 professionisti in italiano, 233 in spagnolo, 27 in inglese per un totale di 504 risposte. Considerando le due domande aperte, vi è un totale di 1008 risposte<sup>70</sup>.

Nel campione italiano, prevaleva la fascia di età sotto i cinquant'anni, l'85,1% sono di genere femminile. Il 71,5% sono infermieri, il 76,9% lavora con pazienti adulti; area medica, cure primarie e urgenza sono le aree maggiormente rappresentate. Il 24,8% si è contagiato con il COVID-19 e solo due casi con sintomi severi. Il 79,5% ha assistito pazienti con COVID-19. Le risposte provengono soprattutto dalle regioni del nord est dell'Italia.

Nel campione in spagnolo, prevale l'età sotto i cinquant'anni e il 60,5% sono di genere femminile. Le risposte provengono soprattutto da medici e specializzandi (52,3% e 16,3% rispettivamente). La maggior parte di chi risponde vive in Cile (72%); in ordine decrescente in Argentina (19,1%), Costa Rica, Colombia, Ecuador, Venezuela, Spagna.

Nel campione in inglese, l'età si distribuisce soprattutto sulle fasce più giovani, l'81,5% di genere femminile, il 68% sono medici e specializzandi, il 92,6% assiste pazienti adulti e di area medica, il 37% vive in Thailandia, gli altri tra UK, Canada e Portogallo.

La maggior parte delle persone che rispondono sono pertanto di genere femminile (in totale 369); per la lingua spagnola è preponderante in chi risponde il numero dei medici (52,3%) soprattutto dal Cile, che lavorano nel settore privato con pazienti adulti in area medica. La maggior parte delle persone che rispondono in italiano sono infermieri che lavorano con pazienti adulti e anziani di area medica e cure primarie. Solo una piccola

---

<sup>70</sup> In questo caso la ricerca soddisfa il principio metodico di disporre di un numero adeguato di variazioni del fenomeno e il principio dell'intensità dell'analisi in profondità. Il gran numero di risposte e la saturazione fanno sì che la ricerca soddisfi così "il requisito qualitativo e quello quantitativo" (Mortari, 2023, p.129).

percentuale di risposte arriva da persone che parlano inglese, soprattutto dalla Thailandia, e la maggior parte sono medici anestesisti. La maggior parte dei rispondenti non si è ammala di COVID-19, e i ricoverati per sintomi importanti sono soprattutto rispondenti in inglese.

Come si è visto la maggior parte delle persone che rispondono in lingua italiana sono infermieri, mentre per la lingua spagnola sono medici e questo si riflette anche nella modalità di scrittura, lunghezza delle narrazioni e tipo di riflessione (tuttavia non si è fatta una ricerca specifica su questo, solo si riporta in quanto si è evidenziato durante l'analisi). Gli infermieri riflettono maggiormente sulla gestione e la difficoltà con la dirigenza e al contempo sulla necessità di garantire un buon *caring*, mentre i medici parlano in particolare dei decessi e della riscoperta dell'empatia. In particolare, i medici cileni parlano soprattutto del morire, i medici thailandesi delle intubazioni e della paura del contagio, mentre le infermiere, soprattutto delle residenze per anziani, parlano della necessità di mantenere un *caring* sufficientemente buono e della sofferenza nel vedere le persone anziane sole. Per quanto riguarda le ostetriche (n. 19) nel formulario in lingua italiana parlano dei parti in solitudine, senza l'accompagnamento del partner, e questo provoca loro una grande sofferenza. Questo appare anche per le ginecologhe. Non emergono categorie specifiche o da attribuire solo a un gruppo in particolare: è nelle parole delle unità significative che si ritrova l'esempio specifico (come quanto detto sopra per le ostetriche e le ginecologhe).

Altri profili professionali che hanno partecipato, diversi dai 3 precedentemente descritti, che si evidenziano nel gruppo italiano sono: animatore di comunità, case manager, responsabile di servizio, coordinatore delle professioni sanitarie, tecnico di cardiologia, tecnico di laboratorio, direttore residenza per anziani, psicologo, assistente sanitaria, dietista, assistente studio odontoiatrico; nel gruppo spagnolo: dentisti, docenti, nutrizionisti, tecnico di radiologia, tecnico di laboratorio, logopedista, terapeuta occupazionale, ausiliari (2). Nel gruppo inglese hanno partecipato anche due ricercatori.

Le caratteristiche della popolazione dello studio vengono riportate nella Tabella 7.

Tabella 7: Caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti alla ricerca

Tabella	Spagnolo	Italiano	Inglese
N (%)	233 (100%)	244 (100%)	27 (100%)
<b>Genere</b>			
Femminile	141 (60,5%)	206(85,1%)	22 (81,5%)
Maschile	91 (39,05%)	36(14,9%)	5(18,5%)
<b>Età in anni</b>			
<30	47 (24,34%)	66 (37,3)	5(18,5%)
31-40	68 (29,2%)	69(28,5%)	8(29,6%)
41-50	29 (12,4%)	58(24%)	7(25,9%)
51-60	47 (20,1%)	45(18,6%)	4(14,8%)
>60	32(13,7%)	4(1,7%)	3(11,1%)
<b>Professione</b>			
Infermiera/e	28 (12%)	173(71,5%)	4(14,8)
Medico	122 (52,3%)	13(5,4%)	18(66,7%)
Specializzanda/o	38 (16,3%)	5(2,1%)	1(3,7%)
Fisioterapista	22 (9,4%)	5(2,1%)	2(7,4%)
Ausiliario	2(0,8%)	12(5%)	0
Altro professionista	14 (6%)	34(14%) **	2(7,4%)
<b>Tipo di paziente</b>			
Bambini	122 (44,2%)	43(17,8%)	2(7,4%)
Adolescenti	84 (36%)	36(14,9%)	6(22,2%)
Adulti	173(74,2%)	186(76,9%)	25(92,5%)
Anziani	127(54,5%)	159(65,7%)	14(51,8%)
<b>Area di lavoro</b>			
Medica	130(55,7%)	82(33,9%)	15(55,5%)
Chirurgica	64(27,4%)	38(15,7%)	8(29,6%)

Cure primarie	74(31,7%)	70(28,9%)	2(7,4%)
Cure ambulatoriali	26(11,1%)	25(10,3%)	5(18,5%)
Intensiva	51(21,8%)	32(13,2%)	1(3,7%)
Urgenza	42(18%)	48(19,8%)	3(11,1%)
Residenza/ Casa anziani	6(2,5%)	16(16,6%)	0
Salute			
Settore privato	178(72,4%)	37(15,1%)	6(22,2%)
Settore Pubblico	119(51%)	208 (85,2%)	24(88,8%)
Malattia per COVID--19			
si	55(23,6%)	60(24,8%)	7(25,9%)
No	178(76,3%)	182 (74,5)	20(74%)
Situazione			
Senza sintomi	13(5,5%)	8(3,2%)	4(14%)
Sintomi lievi	25(10,7%)	35(14,3%)	3(11,1%)
Sintomi severi	3(1,2%)	2(0,8%)	2(7,4%)
Ricovero in ospedale	5(2,1%)	1(0,4%)	1(3,7%)
Assistenza a pazienti COVID-19 positivi			
si	169(72,4%)	194(79,5%)	14(51,8%)
No	64(27,4%)	50(20,5%)	13(48,1%)
Paese			
Cile *	97(72%)		
Italia (maggior parte nord-est)		244 (100%)	
Tailandia			14(51,9%)

\*in numero minore: Argentina (19), Costa Rica, Ecuador, Venezuela, Colombia

\*\*la maggior parte (18) sono ostetriche; vi sono inoltre psicologici, coordinatori di servizi, case manager, ...

In alcuni casi i rispondenti hanno potuto scegliere più di una alternativa, come nel caso del tipo di paziente, area di lavoro e settore (pubblico o privato).

#### 4.1 Il sistema di codifica

La teoria descrittiva sull'esperienza dei clinici sul COVID-19 viene presentata sotto forma di un sistema di codifica descritto nella Tabella 8, le categorie enucleano le esperienze e i vissuti. Per ogni macrocategoria emersa si riportano le categorie e le etichette concettuali<sup>71</sup>. Le macrocategorie rappresentano un ulteriore livello di astrazione rispetto alle categorie. Dai racconti emerge come molti di questi aspetti, come il dolore, la morte, la carenza di dispositivi di protezione, l'isolamento, siano intrecciati e interdipendenti.

Come si può osservare emergono sette principali macrocategorie o categorie di secondo livello:

1. Vissuti dolorosi
2. Aspetti legati al *professionalism* e all'etica professionale e al *caring*
3. La relazione che cura
4. Conoscenza di sé (personale)
5. Conoscenza di sé (professionale)
6. Sviluppo del ruolo professionale
7. La necessaria trasformazione del servizio sanitario

---

<sup>71</sup> Talvolta le differenze che si ritrovano nel discorso si situano in una parola, per questo le etichette sono pensate per rispecchiare fedelmente quanto dice chi scrive. In alcuni casi la differenza tra una etichetta e l'altra si condensa in una parola.



Tabella 8: Coding system relativo all'analisi delle narrazioni<sup>72</sup>

Macrocategoria	Categorie di primo livello	Etichette concettuali
Vissuti dolorosi	Patire il senso di impotenza	Provare smarrimento Sentire l'incertezza
	Sentirsi immersi nella sofferenza	Sentire la solitudine e la paura Soffrire per la solitudine del paziente Provare sofferenza per la persona anziana Il sentirsi sopraffatti a livello emotivo
	Affrontare la morte ( <i>dealing with death</i> )	Sentire lo sconforto per le morti numerose e in solitudine Vedere il morire di colleghi e persone care Provare compassione per chi muore in solitudine
	Preoccuparsi del contagio	Sentire la paura di contagiarsi Sentire la responsabilità di contagiare

Macrocategoria	Categorie	Etichette concettuali
Aspetti legati al <i>professionalism</i> e all'etica professionale e al <i>caring</i>	Provare angoscia morale	Timore di commettere errori Mancare di informazioni e di risorse Affrontare decisioni difficili Vedere il <i>discomfort</i> del paziente
	Alterazione della modalità di relazione	Lavorare con i DPI Il sentire i limiti nella comunicazione
	Sperimentare la cura come "antidoto" alla sofferenza	Praticare la cura come supporto e vicinanza Apprendere l'importanza dei piccoli gesti Garantire un minimo di buona cura Consapevolezza degli atti di cura
	Trovare il modo di garantire presenza	La necessità di accompagnare L'essere disponibili Facilitare il contatto con il familiare

<sup>72</sup> In allegato E si riporta il coding system con i principali excerpta.

Macrocategoria	Categorie	Etichette concettuali
La relazione che cura	Sentire il valore del gruppo di lavoro	Il poter condividere il difficile La collaborazione
	Saper lavorare in equipe	Il saper fare squadra Il gruppo di lavoro come sostegno
	L'aver cura del gruppo di lavoro	Il narrarsi come cura Il supporto psicologico La formazione come supporto

Macrocategoria	Categorie	Etichette
Conoscenza di sé (personale)	Riflessioni sulla vita e orientamento esistenziale	Consapevolezza della fragilità Vivere il presente
	L'imparare dalla propria fragilità	La scoperta della forza interiore La scoperta dei limiti L'imparare l'empatia
	L'importanza del <i>self-care</i>	Il <i>self-care</i> per poter assistere

Macrocategoria	Categorie	Etichette concettuali
Conoscenza di sé (professionale)	Consapevolezza dell'importanza della pratica riflessiva	Il fermarsi a riflettere Il sapersi adattare
	Arricchimento dell'esperienza lavorativa	La scoperta di nuove esperienze L'apprendere nuovi aspetti clinici

Macrocategoria	Categorie	Etichette concettuali
Sviluppo del ruolo professionale	Conferma del valore del lavoro sanitario /per sé e gli altri	Vedere con occhi nuovi la propria professione Il valorizzare la propria professione
	Una nuova consapevolezza	Il sentirsi necessari Il saper mettersi in gioco
	Desiderio di un'intensificazione del processo formativo per i sanitari	Formazione come cura del professionista

Macrocategoria	Categorie	Etichette concettuali
La necessaria trasformazione del servizio sanitario	Desiderio di una nuova classe dirigente/ di una leadership riconoscente e partecipativa	Necessità di una dirigenza qualificata Necessità di una dirigenza sensibile

	Indicazioni per una trasformazione del Servizio Sanitario	Trovare nuove strategie
--	---	-------------------------

## 4.2 Descrizione delle macrocategorie emerse

Rispetto alla domanda di ricerca, “Quali sono stati gli eventi, le esperienze e gli apprendimenti più significativi per i professionisti della salute tra la prima e seconda ondata della pandemia per COVID-19?”, chi ha risposto riconosce tra gli eventi più significativi l’isolamento del paziente senza l’affetto dei propri cari in una condizione di massima criticità e l’essere esposti a numerose morti, che avvengono soprattutto in solitudine. La paura, lo smarrimento per il non conoscere la malattia, è ciò che ha caratterizzato in modo estensivo questo periodo. Questo ha provocato anche un grande dolore a livello etico e professionale: il non poter assistere al meglio la persona e il dover fare scelte difficili in base alla disponibilità dei posti letto in terapia intensiva o del numero dei ventilatori. Allo stesso tempo, il poter accompagnare, il poter fare quello che si può, ha portato conforto e sollievo, il poter esserci, anche per i colleghi e collaborare in una situazione così drammatica, è diventata una, seppur minima, fonte di benessere e di sicurezza.

I risultati sono presentati secondo l’ordine della tabella di sintesi e per ogni categoria si riportano alcuni *excerpta* per dare spazio alla voce dei partecipanti e per poter esemplificare i contenuti. Accanto ad ogni *excerpta* si specifica professione e paese.

A conclusione della presentazione dei risultati vengono riportate alcune narrazioni esemplari rispetto alle categorie risultate rilevanti.

### 4.2.1 Vissuti dolorosi

Questa macrocategoria viene messa per prima in quanto ha un ruolo chiave in tutta la ricerca, anche rispetto alla numerosità e frequenza delle parole che si riferiscono alle

emozioni. In questa macrocategoria emerge tutta la paura provata durante questo periodo e le ragioni della paura, come il non conoscere la malattia che provoca un forte smarrimento, la solitudine del paziente e del professionista, le morti numerose e la paura del contagio e di contagiare. Questo tema è stato oggetto di un lungo processo di analisi e di discussione. Ha chiaramente un ruolo preponderante rispetto alla domanda di ricerca, non solo per il tono ma anche per il numero di unità di significato. Infatti, il numero di unità di significato che emerge in relazione ai vissuti affettivi è di 325 *excerpts*, rappresentando così il 32,6% del totale.

Dall'analisi delle narrazioni emerge che i partecipanti parlano di un grande dolore e sofferenza tanto che i vissuti dolorosi rappresentano un *core concept* che trasversalmente è presente in tutte le altre macrocategorie. Infatti, una stessa unità di significato può tributare a diverse categorie in quanto si può dire che sempre nel discorso in forma esplicita o implicita vi sono le emozioni che si intrecciano ad altri aspetti. Questo ha reso estremamente complesso il lavoro di codificazione, ossia il riuscire a identificare e a separare le categorie.

Emerge una grande paura, una paura totale che ha molte sfaccettature, sia per le tonalità emotive che per i fattori che la determinano. La paura dovuta alla mancanza o incoerenza delle informazioni, del non sapere cosa accadrà, il non potersi proiettare, pensare, organizzare, pianificare e decidere porta a un forte smarrimento e incertezza che rende impotenti. Inoltre, l'isolamento proprio e dei pazienti, la paura del contagio e di contagiare e in particolare la morte provocano una sofferenza indicibile.

#### **4.2.1.1 Patire il senso di impotenza**

Chi risponde parla dell'impotenza dovuta a diversi fattori, alcuni che si sovrappongono e coesistono e che poi "sfociano" in più di una categoria; spesso la differenza, la caratterizzazione si radica in una parola: ad esempio il non avere informazioni provoca smarrimento e frustrazione ma anche la paura di commettere errori, che ha una connotazione legata ad aspetti etici. Chi risponde parla dello smarrimento provato, soprattutto nella fase iniziale della pandemia, a causa delle poche informazioni disponibili sia sulla malattia e sua evoluzione, sia sui cambiamenti a livello organizzativo. Infatti,

in particolare gli ospedali si sono dovuti riorganizzare per poter separare le zone covid dalle zone non covid. Chi risponde parla dell'esigenza che vi è stata sin da subito di riorganizzare non solo la struttura ma anche i gruppi di lavoro, molti professionisti si sono ritrovati in attività lavorative nuove, con nuovi tipi di pazienti da assistere e si sono sentiti destabilizzati per non aver ricevuto alcuna formazione e il dover svolgere sin da subito le nuove attività in autonomia. In particolare, parlano della rapidità del cambiamento, il dover cambiare in modo immediato la propria attività lavorativa, ad esempio il dover passare da una sala operatoria a una terapia intensiva con colleghi e tipologia di paziente completamente nuovi, in un contesto drammatico e provante. Questo fa sentire in chi risponde paura, i professionisti si sono sentiti inadeguati e impotenti di fronte a una patologia e situazione sconosciuta, sentono che non possono controllare la situazione. Inoltre, è emersa una forte frustrazione e senso di inutilità in quanto non si sa come aiutare i pazienti: tutti lavoravano molto intensamente ma i pazienti stavano molto male e purtroppo i decessi erano molto numerosi. Questo ha fatto sentire incertezza, fragilità, angoscia il non poter aiutare pazienti terrorizzati e soli. Sembra emergere in chi risponde un forte senso di colpa e di inutilità. Il non sapere destabilizza a livello emotivo provocando angoscia in professionisti che sono preparati per affrontare la complessità in ogni situazione clinica. Purtroppo, questo è qualcosa di completamente nuovo, non si sentono preparati per poterlo affrontare. C'è un senso di impotenza delle cure: quanto è noto non serve più, nonostante l'assistenza, la dedizione e la fatica, il paziente si aggrava e muore. Questo genera molta frustrazione e senso di colpa: la mancanza totale di controllo sul *caring*.

*Iniziale smarrimento per l'esiguità di informazioni scientifiche sul tema COVID-19. (1, M, I<sup>73</sup>)*

---

<sup>73</sup> Legenda sigla partecipante. Prima lettera: Professioni. M: medico; MS: medico specializzando; I: infermiere. In altro (professione): O: ostetrica; PR: professionista della riabilitazione, si mette come F; AS: assistente sociale; D: dentista; ASO: assistente studio odontoiatrico; Di: dietologo; Do: docente; G: ruolo gestione (pubblico, privato, residenza per anziani); Ac: animatore comunità; TO: terapeuta occupazionale; TL: tecnico di laboratorio; P: psicologo. Seconda lettera: Paesi. I: Italia; A: Argentina; C: Cile; E: Ecuador; CO: Colombia; CE: Costa Rica; V: Venezuela; T: Thailandia; UK: United Kingdom.

*Profondo sconforto quando i decessi degli ospiti sembravano non arrestarsi malgrado tutte le misure di contenimento intraprese. (17, D, I)*

*tra i momenti più complessi vi è sicuramente l'assistenza ai pz critici e instabili con necessità di intervenire precocemente per capire chi meritasse di cure più intensive. Ricordo i primi giorni di marzo come quelli più difficili dal punto di vista psicologico... Non so quanti pz mandati in rianimazione intubati... Tanti anche non tornavano... Un altro aspetto difficile è stato il senso di frustrazione: lavoravamo come non abbiamo mai lavorato così intensamente, eppure ci sembrava di non arrivare mai a ottenere risultati sui pazienti ... Stavano Malissimo. (23, I, I)*

*Il risveglio di un pz e la videocchiamata ai familiari. Bimba e moglie ... il gg successivo peggioramento delle condizioni e successivamente trasferimento in altra struttura e decesso .... emozionante e struggente .... ci si rende conto dell'impotenza delle cure..... (27, I, I)*

*Mi sono trovata a vivere una mobilità forzata, da un reparto di sala parto, ad uno di ginecologia di un altro ospedale, reparto in cui affluivano donne con patologie diverse, non solo ginecologiche. Il team era composto da colleghe ostetriche che hanno vissuto la stessa mobilità e avevamo grande difficoltà nella gestione di questi pazienti per competenze che non avevamo e conoscenze rispetto a patologie che non erano di nostra competenza (oncologia non ginecologica, ortopedia, medicina.). (28, O, I)*

*Era la paura. Paura di dover affrontare una malattia di cui si sapeva poco e niente e per cui i cambiamenti organizzativi e del gruppo di lavoro erano all'ordine del giorno. (44, I, I)*

*Il giorno in cui c'è stato il primo paziente probabile positivo nel mio reparto. Parlo di febbraio 2020, quindi non si sapeva quasi nulla del virus. C'è stato un momento di panico fra noi equipe infermieristica, per la gestione del paziente. Non riuscivamo più a ragionare. Mi resterà per sempre nella testa la scena (37, I, I)*

*La sensazione di combattere contro i mulini a vento. (55, I, I)*

*In tutto ciò l'operatore sperimentava la propria piccolezza e i propri limiti nel poter*

*rispondere ai bisogni dei pazienti. (77, I, I)*

*Il momento più difficile vissuto da me, come professionista, è stato il violento e repentino cambio di reparto e attività lavorativa (99, I, I)*

L'impotenza, il sentirsi inutili e sopraffatti, l'incertezza della situazione e il dover affrontare numerosi turni senza riposo (infatti molti professionisti si sono ammalati durante il periodo COVID-19 sottoponendo le persone che potevano lavorare a orari estenuanti), genera una stanchezza mentale, morale ma anche fisica che si sente come un pericolo per sé e per l'assistenza ai pazienti (per la paura di commettere errori). L'aggettivo che accompagna la parola stanchezza in chi parla è "infinita".

*Le sensazioni che ricordo maggiormente sono da una parte il senso di impotenza e dall'altra la stanchezza infinita [...]. La stanchezza infinita invece è legata alla decimazione del personale che ha costretto a turni infiniti senza riposi o pause per un periodo durato un tempo esageratamente lungo mettendo, tra l'altro a rischio la sicurezza di operatori e pazienti. (129, I, I)*

*è la stanchezza, fisica ma soprattutto mentale. L'adrenalina della scorsa primavera ha lasciato il posto alla consapevolezza che non si uscirà mai da questa modalità di lavoro che ci richiede tanto impegno e concentrazione, non si intravede una fine. (222, I, I)*

Emerge in particolare l'impotenza per i medici oncologi che assistono pazienti ammalati di cancro e di come questi abbiano dovuto sospendere le terapie e le visite dei famigliari a causa del covid con un forte impatto sulla malattia e sul loro vissuto affettivo.

*Lavoro con pazienti oncologici e nella mia esperienza ho vissuto la drammaticità di pazienti che dovevano aspettare di guarire dal covid per poter curare il tumore. Questo mi rendeva impotente. (65, M, I)*

*Molta paura da parte dei malati di cancro che sto curando, essere preoccupati di uscire di casa, di venire in ospedale, di morire senza vedere le loro famiglie. La maggior parte*

*di loro sono stati in casa per un anno e non hanno visto la famiglia e potenzialmente possono morire presto per il loro cancro. (M, UK, 492)*

#### **4.2.1.2 Sentire l'incertezza**

Il non avere informazioni sulla situazione e il non sapere cosa accadrà in una situazione nuova e inaspettata non solo genera impotenza ma anche incertezza in chi risponde. Non solo la mancanza di informazioni ma anche il ricevere troppe informazioni e contrastanti genera sgomento, infatti chi risponde dice che, spesso, soprattutto nella prima fase, le informazioni e i protocolli cambiavano molto rapidamente e questo generava confusione e incertezza. L'incertezza provoca ansia e paura riguardo al futuro, al non sapere cosa accadrà e al non sapere cosa fare con i pazienti per farli stare meglio.

Per dei professionisti abituati a lavorare con protocolli, guide cliniche e un'organizzazione e gestione ben definite per garantire la sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure, la pandemia ha rappresentato un momento di forte angoscia per l'incertezza che accompagna ogni decisione e azione; questo provoca sconforto, logoramento, dubbi, perplessità, paura e sgomento. Ha certamente un impatto sulla capacità decisionale e sul ragionamento clinico<sup>74</sup> il fatto di non raggiungere i risultati sperati. Il trovare in che cosa consista la buona e giusta cura in un contesto di incertezza totale genera il sovvertimento della capacità di rispondere al bisogno dell'altro, soprattutto quando si sente che non si riesce più ad agire sufficientemente per il bene, in quanto il paziente si aggrava o muore, nonostante gli sforzi realizzati. La cura come cosa buona che genera comfort non esiste più.

Anche l'aver dovuto cambiare in forma immediata il proprio reparto, la tipologia di paziente e il non conoscere bene il meccanismo di diffusione e di evoluzione del virus ha generato molta incertezza e angoscia.

---

<sup>74</sup> Il ragionamento clinico è per tutte le professioni della salute il fondamento della pratica clinica professionale. È il ragionamento che è alla base per risolvere e gestire un problema clinico. Richiede una serie di capacità metacognitive, di capacità di relazione e informazioni.



*Una situazione che richiedeva uno sforzo di flessibilità e adattamento triplicato rispetto a quello usuale, in una condizione di continua incertezza e in cui la comunicazione era spesso frammentata e poco chiara. (44, I, I)*

*La parte più complessa è stata l'incertezza che è prevalsa in tutta questa emergenza, in modo particolare dalle poche informazioni forniteci dai nostri superiori. (63, I, I)*

*L'inizio della pandemia, quando furono annunciate la chiusura delle scuole e delle attività ambulatoriali. Lì ho capito il salto nel buio che stavamo per affrontare. Tutte le incognite, la paura di non avere i dispositivi di protezione per poterci tutelare a lavoro. (64, MS, I)*

*Ci siamo trovati da un giorno all'altro a lavorare in rianimazione l'impatto è stato duro, non nego e non mi vergogno a dirlo che in tanti abbiamo pianto per tutto quello che abbiamo vissuto. (97, I, I)*

*La notizia che avrebbero chiuso l'ospedale in cui lavoro e che quindi mi sarei dovuta spostare in un altro che non conosco a chilometri da casa. Lasciare la routine, le certezze di sempre mi hanno portato pensieri, dubbi, perplessità, sconforto, paura. (120, I, I)*

*La paura mia e dei colleghi di affrontare una cosa nuova ... Lo sconforto e la sensazione di non farcela. (196, I, I)*

*Nella prima ondata, nei mesi di lock down totale, mi hanno colpito molto il silenzio e l'incertezza. Nessuno di noi sapeva cosa esattamente stesse accadendo, come avremo dovuto comportarci e quanto sarebbe durato. Le informazioni erano tante, spesso contrastanti, regnava l'incertezza rispetto ai comportamenti corretti da tenere (anche nella vita quotidiana). Ricordo con lucidità la procedura di vestizione prima di entrare in turno. 5-10-15 colleghi in una stessa stanza, ognuno con in mano i propri dispositivi da indossare, silenzio, sguardi che si incrociano, molta incertezza. (200, I, I)*

*Durante il lavoro la condivisione delle scelte, le informazioni del continuo modificarsi del lavoro sono state poco condivise, ci si adattava, seguendo onda, con perdita di efficacia e non ottimizzando tempi e risorse. (207, I, I)*

*Continuare ad assistere di persona i pazienti senza avere chiaro il meccanismo di diffusione di questo. Avere a che fare con lo stress (461, M, C)*

#### **4.2.2.1 Sentirsi immersi nella sofferenza**

Nella relazione di cura c'è chi è in grado di aiutare e di alleviare un altro che è in uno stato di particolare fragilità e vulnerabilità; infatti, siamo esseri intimamente bisognosi dell'altro, non solo perché relazionali ma anche perché estremamente fragili. Ci sono situazioni nella vita che immergono l'essere in una particolare situazione di bisogno, come nella malattia, dove l'angoscia diventa 'graffiante', dove il corpo consuma ogni energia spirituale (Mortari, Saiani, 2013).

Tramite le due domande di riflessione che si sono proposte ai partecipanti si era consapevole del fatto che chi rispondeva ritornava in un "territorio" difficile, doloroso, quello di rievocare pensieri, situazioni, emozioni provate durante un periodo complesso come quello della pandemia. Si "trascina" la persona, chi risponde, in un luogo della memoria non grato, si "obbliga" a ripercorrere la fragilità, a sentire la paura e le emozioni vissute. Si obbliga a rivivere la situazione traumatica.

Chi ha risposto ripercorre questo itinerario, talvolta con una breve descrizione in altri casi diventa un percorso riflessivo scritto e condiviso di pensieri caratterizzati soprattutto da sensi di colpa. Cosa accade quando anche chi si prende cura è immerso nella sofferenza, nella paura e nell'angoscia? Cosa accade quando anche chi si prende cura ha dei bisogni di base, come essere umano, che non vengono soddisfatti/garantiti, come ad esempio il sentirsi al sicuro o pensato (si veda il discorso ricorrente sulla mancanza di elementi di protezione individuale che effettivamente i professionisti "leggono" come una mancanza di interesse e di preoccupazione per loro da parte della classe dirigente)? Infatti, i professionisti della salute dicono di sentirsi abbandonati e soli nel difficile da parte di chi dovrebbe farsi carico di gestire al meglio la situazione (ma ci si chiede anche, quali saranno state le preoccupazioni dei dirigenti, infatti alcuni

hanno riposto e hanno scoperto la forza e la capacità del loro gruppo, dall'altra anche loro sono stati parte di quest'umanità condivisa con le stesse paure e sofferenza). In questa circostanza, i professionisti della salute sentono che si trovano immersi in un forte stato di fragilità e vulnerabilità<sup>75</sup>. Chi si prende cura e chi è soggetto di cura sono immersi in una grande sofferenza. Si prova la stessa paura e sofferenza che prova l'altro, ci si sente immersi tutti nella stessa sofferenza. Diventa un fenomeno collettivo e sociale: la paura è sul volto di tutti; si vive la stessa esperienza come esseri umani, come umanità condivisa, non vi è più differenza tra il ruolo professionale e l'essere persona con il diritto di sentire la propria vulnerabilità.

*Tanta solitudine, del paziente, delle famiglie, degli operatori sanitari. (95, I, I)*

*mancanza delle relazioni socioaffettive e dalla sospensione dei contatti umani. (188, I, I)*

*è la solitudine, che si vive a volte solo emotiva, a volte sociale a volte un vero e proprio isolamento che pesa su pazienti, operatori, familiari... (232, I, I)*

*Durante la prima ondata, ho lavorato in un reparto COVID. Ciò che più mi è rimasto impressa è la paura trasversale a tutte le figure coinvolte... Sul volto dei pazienti che avevano paura della morte, paura sul volto di noi infermieri/medici/oss per ciò a cui stavamo assistendo e partecipando. Una guerra silenziosa. (224, I, I)*

---

<sup>75</sup> La fragilità viene associata a situazioni particolari, come alla persona anziana, ed è un predittore di mortalità. Vengono applicate scale ai pazienti in fase preoperatoria, ad esempio, o a pazienti che hanno avuto un infarto miocardico per definire l'indice di fragilità, in quanto è un predittore di un outcome negativo (Sugimoto, 2022). La persona fragile è a rischio di vulnerabilità latente, a maggior rischio di mortalità. Etimologicamente, il termine vulnerabilità avrebbe avuto origine dalla parola "vulnerare" (far male, causare danno). Nel campo della bioetica, vulnerabilità si riferisce a uno stato di pericolo o di essere esposto a rischio per una caratteristica individuale dovuto alla fragilità intrinseca dell'essere umano. In salute, questo termine ha una connotazione più ampia ed è associato al riconoscimento che l'uomo può essere suscettibile di ricevere danni o rischi a causa di determinanti sociali, come la povertà o il vivere in certi ambienti e condizioni (Braga, 2021).

*Senso di mancanza di protezione e vulnerabilità assoluta (394, M, C)*

Se in una visione ontologica il benessere che scaturisce dalla relazione e l'aver cura dell'altro comporta anche un bene per sé, quando l'aver cura non risulta, in quanto non si riesce a fare la cosa giusta e a rispondere ai bisogni e ai diritti dell'altro, (dove non si riesce ad attuare i modi relazionali che attestano il rispetto, la reverenza, la premura e la sollecitudine), tutto questo sprofonda l'essere in una desolazione totale.

Dalle narrazioni emerge una forte partecipazione affettiva: essendo tutti immersi nello stesso stato emotivo (come ad esempio la solitudine, la paura della morte, l'incertezza ...), sembra non esserci differenza tra lo stato emozionale di chi si prende cura e di chi viene assistito.

*La sua sofferenza sembrava essere la mia ... e seppur volevo consolarlo sapevo in fondo che il suo pianto era lecito. Marco aveva poca probabilità di sopravvivere. (58, I, I)*

Chi scrive parla di un'angoscia provata nell'assistere il paziente solo che, senza il conforto dei propri cari, non trova la forza di reagire al terrore che lo invade e si lascia morire.

*Dover assistere pazienti terrorizzati che non potevano essere incoraggiati dai propri familiari e vedere come si lasciavano andare piano piano, arrivando a morire da soli, mi ha fatto sentire inutile come professionista. (160, I, I)*

*Mi sembra importante proteggersi e proteggere ma anche di quanto siano importanti e fondamentali gli abbracci non ricevuti (102, ASO, I)*

*Occhi lucidi, nodo alla gola, nessuno che si sbilancia e chiede: come stai? forse perché temi la risposta, o forse perché temi che il tuo collega in quel momento stia peggio di te. Una chiamata alle armi che non lasciava spazio alla riflessione, era tempo di agire. (200, I, I)*

Il sentire una profonda sofferenza per sé e per l'altro, il sentire la solitudine e la paura dell'altro provoca una forte empatia e comprensione del vissuto che porta a una forte compassione. I pazienti sono isolati per lunghi periodi dai loro familiari, vi è un isolamento forzato che ha portato a una profonda riflessione ai professionisti della salute sulla sua necessità. I pazienti rimangono soli per la maggior parte del tempo, spesso con sintomi molto fastidiosi a livello respiratorio. La solitudine del paziente grave ha generato molta sofferenza nei professionisti della salute.

In questa situazione provocata dal COVID-19, professionisti e pazienti si trovano nelle stesse condizioni: solitudine, paura, morte, incertezza. Vi è una riduzione dell'asimmetria relazionale, propria delle professioni della salute, che dà certezza rispetto al ruolo e che permette di agire con sicurezza anche nelle situazioni più difficili da affrontare proprie dell'essere umano, come la gravità (si pensi chi lavora in unità di pronto soccorso, terapie intensive, unità di salute mentale), l'accompagnare al morire o alla disabilità e cronicità.

Pazienti e professionisti sono nelle stesse condizioni, isolati, soli, provano una forte paura e vulnerabilità.

Anche l'*isolamento* dei professionisti della salute dai propri cari è stato vissuto come un elemento di forte stress. L'isolamento modifica anche la routine della vita personale e di quella professionale. Tutto è cambiato.

*E tu sei solo, ti senti solo come loro. (14, I, I)*

*Un momento difficile è stato l'isolamento personale, dalla mia famiglia. (20, I, I)*

*Tanta solitudine, del paziente, delle famiglie, degli operatori sanitari. (95, I, I)*

*mi sembra importante proteggersi e proteggere ma anche di quanto siano importanti e fondamentali gli abbracci non ricevuti. (102, ASO, I)*

*È da più di un anno che non abbraccio e bacio mio figlio. (276, M, C)*

L'isolamento dei pazienti, in condizioni gravissime e mortali provoca una profonda sofferenza ai professionisti della salute. La solitudine del paziente senza il conforto dei propri cari, il dover essere presenti con la mediazione dei dispositivi di protezione personale provoca dolore, un dolore che rimane molto vivo e angosciante nel ricordo, un dolore insostenibile. In particolare, il dolore per l'isolamento si fa molto duro per i pazienti gravi, gli anziani soli e le donne che devono affrontare il momento del parto senza essere accompagnate. Viene visto come un fattore di rischio di ulteriore aggravamento. Infine, provoca molto strazio e si ripete spessissimo la narrazione sulla morte in solitudine.

*Alla fine, mi ritrovavo ad ascoltare per lunghi interminabili minuti il vissuto, il dolore, l'abbandono, la morte, l'isolamento di queste persone/famiglie; mi sono dovuta improvvisare psicologa, counselor...Credo di non aver mai pianto così tanto nella mia vita professionale". (93, I, I)*

*La solitudine dei pazienti in isolamento...deteriorava quanto la malattia. (104, OS, I)*

*L'essere in corpo e anima in ospedale, lasciando a casa la mia famiglia". (470, M, C)*

Ha pesato anche il non poter stare troppo tempo vicini ai pazienti per la carica virale e per dover assistere altri; il dover lasciarli soli in condizioni di gravità provoca molta pena. Spesso purtroppo i pazienti muoiono soli.

*Ho avuto incubi per due mesi e crisi di panico...il non poter stare troppo tempo in stanza con i pazienti e doverli lasciare da soli mi ha creato molto disagio anche perché a volte è capitato di chiudere la porta e quando la si riapriva si trovava il pz deceduto.... (170, I, I)*

Il sentire la paura e la solitudine dell'altro provoca una ferita dell'anima.

*Mi ha profondamente ferito la solitudine che lo ha accompagnato nei suoi ultimi giorni. (71, M, I)*

A generare angoscia è anche il “vedere” la sofferenza dell’altro, soprattutto gli sguardi. Vedere negli occhi la paura della morte, il non poter dimenticare gli sguardi delle persone che non riuscivano a respirare e che ti chiedevano aiuto. In questa situazione dove l’unico contatto è attraverso gli occhi, questi diventano memori della profonda sofferenza vissuta, e sono immagini che restano indelebili nella memoria visiva. La vista diventa il senso per eccellenza, in una situazione dove il tatto e l’udito sono alterati da dispositivi di protezione. Talvolta l’unica possibilità si situa in uno sguardo.

*Gli sguardi di chi non riusciva a respirare. (2, I, I)*

*Guardare negli occhi spenti di chi ha già perso la speranza di avere un'ultima possibilità. (14, I, I)*

*Non avevo mai visto prima la paura di morire negli occhi di un bambino.*

*Quello che mi colpì fu la paura che si rifletteva sui loro volti, temevano di morire.*

*(355, M, C)*

*è la sofferenza colta negli occhi, nella tristezza, nel pianto e nei racconti di diversi pazienti che da settimane o, in alcuni casi, mesi, non vedevano i loro cari. (215, I, I)*

*La solitudine, vedere donne che danno alla luce il proprio figlio, donne che diventano madri, senza poter essere circondate dai propri affetti [...] e ogni giorno difficile. Sì, ecco la solitudine dei pazienti che non possono vedere i familiari penso sia la cosa che più in assoluto è la sofferenza più grande da guardare nei loro occhi. (162, O, I)*

In particolare, nelle narrazioni ritorna più volte e genera molta emozione il ricordo delle persone anziane, sole.

*I pazienti più anziani hanno sofferto moltissimo. Provo ancora molta tristezza, e mi si gonfiano gli occhi tutte le volte che ne parlo o ricordo quei giorni. (32, I, I)*

*Durante la prima ondata il compito per me più difficile era entrare nelle stanze dei pazienti più anziani e cercare di metterli con contatto con i familiari a casa.... Spesso*

*erano telefonate strazianti tra persone molto spaventate dall'idea di non vedersi mai più.... (74, O, I)*

*Le chiamate dei pazienti soprattutto anziani si sentivano soli. Uno mi disse non te ne andare, fammi compagnia. Non voglio morire. (157, I, I)*

*Un gran numero di pazienti adulti anziani, soli, spaventati, non accompagnati (416, M, C)*

*La cosa più difficile è stata prendersi cura di pazienti in fine vita e pazienti anziani con delirium senza la compagnia di un familiare (414, F, C)*

La sofferenza dipende da diversi fattori, già descritti, e anche l'ansia e la paura di non riuscire a gestire il lavoro, che aumentava ogni giorno, con pazienti sempre più gravi e meno risorse, dovuto anche alle malattie o decessi di colleghi. Si parla di paura, sofferenza e terrore. Si può parlare di una paura globale. C'è anche chi risponde dicendo che non riesce a rispondere a questa domanda, risulta troppo difficile pensare, sentire tutto il dolore accumulato per mesi.

*In verità mi sento troppo stanca per poter rispondere. (290, MS, I)*

La forte paura e sofferenza propria e altrui provoca un senso di sopraffazione così potente che inonda tutto l'essere, e si caratterizza come un trauma che porta a conseguenze gravi sulla capacità di coping e sulla salute mentale. Infatti, molti operatori della salute durante il periodo COVID-19 hanno sperimentato depressione, *burn out*, crisi di panico; vi sono stati anche casi di suicidio e di abbandono della professione.

*La stanchezza di tutti e i pianti fatti di nascosto x non pesare a nessuno ... (31, I, I)*

*Alla fine, mi ritrovavo ad ascoltare per lunghi interminabili minuti il vissuto, il dolore, l'abbandono, la morte, l'isolamento di queste persone/famiglie; mi sono dovuta improvvisare psicologa, counselor...Credo di non aver mai pianto così tanto nella mia vita professionale. (93, I, I)*



*Abbiamo in carico pazienti e famiglie con le loro angosce, colleghi giovani impauriti, noi stessi fragili. In me una crescente tristezza e demotivazione. (95, I, I)*

*Ho avuto incubi per due mesi e crisi di panico ... il non poter stare troppo tempo in stanza con i pazienti e doverli lasciare da soli mi ha creato molto disagio anche perché a volte è capitato di chiudere la porta e quando la si riapre si trovava il paziente deceduto. (170, I, I)*

*La mia esperienza lavorativa mi ha portato ad una introspezione e riflessione talmente approfondita che terminando con la mia malattia e la morte di un genitore oggi mi ha reso deprivata di sensazioni ed emozioni positive. (172, I, I)*

*A casa più di una volta ho avuto delle crisi di pianto senza motivo. (221, I, I)*

*Ecco da dove viene il crollo, il panico. Rivedere tutti quei pazienti in pronazione, mi causò una forte depressione, mi venne una crisi di panico che dovevo saper prendere e trattare da sola. (399, OS, C)*

#### **4.2.2.2 Affrontare la morte**

Il primo periodo COVID-19 sino alla disponibilità del vaccino (da febbraio 2020 a dicembre 2020) è stato caratterizzato da un'altissima mortalità, infatti il virus SARS-CoV-2 è altamente contagioso. Chi risponde sente tutto il dolore e la paura provati per sé nell'essere esposti a tanta sofferenza causata per i pazienti che hanno affrontato il morire e la morte in solitudine. A differenza di altre situazioni, che affronta il professionista della salute in relazione al morire, questa si caratterizza per la numerosità dei casi, per la complessità della sintomatologia a livello respiratorio, l'aggravarsi rapidamente delle condizioni dei pazienti (spesso giovani), e la solitudine della persona a causa dell'isolamento per evitare il contagio. Pertanto, il dover affrontare la morte in solitudine è l'evento che caratterizza questo periodo, per frequenza dei casi e per le

condizioni in cui muoiono i pazienti (soli e senza poter respirare), e anche per la gestione dei corpi. I pazienti, nonostante siano giovani e sani oppure anziani ma senza comorbilità e autonomi, muoiono e numerosi. Questo genera molto sconforto e angoscia soprattutto tra gli infermieri.

*È stato molto difficile veder morire così tante persone e senza il conforto dei propri familiari. (70, I, I)*

*la solitudine con la quale sono morti e continuano a morire molti pazienti. (75, I, I)*

*La solitudine nel morire senza le persone care al fianco e non poter dirgli addio. (84, I, I)*

*Non riesco più a sopportare la sofferenza, vederli morire da soli, e morire tantissime persone. (125, I, I)*

*Vedere le persone morire da sole, senza l'affetto dei propri cari. (131, I, I)*

Il professionista della salute sente tutto lo sconforto e il dolore della persona che muore in solitudine. Nelle testimonianze si sente una forte compassione e compartecipazione alla sofferenza, parlano della sofferenza indicibile nell'affrontare la situazione, soprattutto quando si tratta di persone anziane, o pazienti conosciuti o anche pazienti soli in quanto non si trovano nel loro paese.

*Vedere morire così tanta gente anche giovani, andare per i reparti ad intubare le persone che ti guardavano con gli occhi pieni di paura non potendo vedere i suoi cari mi sembrava un incubo. (97, I, I)*

*Pazienti, che ti stringono la mano, per non sentirsi soli, ricordarti che loro stanno morendo e l'unica parola che riescono a dire è un grazie. (138, OSS, I)*

*Il momento più brutto è stato vedere persone morire e non poter fare niente in più, non hanno potuto dare l'ultimo saluto ai suoi cari (119, OSS, I)*

*Assistere un'anziana covid in fin di vita ed esprimeva il suo ultimo desiderio con le lacrime agli occhi: vedere sua nipote che non vedeva da circa quattro mesi. (183, I, I)*

*Vedere morire all'inizio della pandemia a Santiago 3 persone anziane ... che la famiglia non ha potuto salutare. (245, I, I)*

*Vedere i miei pazienti morire e non poter stare con la loro famiglia nei loro ultimi momenti. (301, I, C)*

*L'ho visto solo una volta, il primo giorno, ma pensare che era lontano dalla sua famiglia, da solo, ed è morto in un paese straniero, è stato triste. (452, MS, C)*

Il professionista della salute è stato esposto al morire dei pazienti ma anche ha provato molte perdite durante il periodo della pandemia, non solo professionali, ma anche personali. Infatti, molti parlano della malattia grave e della morte di colleghi, di familiari di colleghi che conoscono, di vicini e di familiari. È forte la paura per i colleghi, per i familiari, ma anche per sé stessi.

*Si ammalò il mio Direttore Medico e amico gravemente di Covid, e rimasi devastata. (350, I, I)*

*Amiche compagne colpite e deceduti i coniugi ricoverati, tutti medici. (267, M, E)*

*Il momento in cui la mia saturazione arrivò a 66% un momento troppo difficile, perché tu sai quello che accadrà. (269, I, V)*

*Non riuscire a dormire il giorno in cui avendo il COVID, ho avuto ipotensione e bradicardia, pensavo che sarei morta dormendo e da sola. (404, M, C)*

In particolare, emerge la perdita di persone care, vicini e colleghi, soprattutto per i medici cileni. Chi narra ha avuto molte esperienze con il morire, dei pazienti, di colleghi, familiari, amici e vicini. Parla della sofferenza generata dall'accompagnare al morire e la morte.

*La morte di mio cugino, a Modena. Aveva solo 57 anni, aveva febbre e stava molto male ma è stato curato al domicilio col solo paracetamolo. Dopo 3 giorni, non rispondeva più ai messaggi e le mie cugine, che vivono lontane, hanno allertato i carabinieri, che l'hanno trovato senza di vita. Mi ha profondamente ferito la solitudine che lo ha accompagnato nei suoi ultimi giorni. (71, M, I)*

*La morte di un collega medico membro della mia équipe, più giovane di me e senza fattori di rischio. Impotenza e dolore. (310, M, Ecuador)*

*Perdere mia madre per covid senza poterla salutare. (385, M, C)*

*Sensazione di intrappolamento globale o stagnazione e angoscia per i membri stretti e familiari che sono morti o gravemente malati. (393, M, C)*

In molti casi la difficoltà è generata dal fatto di dover proseguire con i turni per la grande necessità assistenziale e la mancanza di personale nonostante un lutto personale, senza avere il tempo di poter processare, come dice questo medico specializzando cileno:

*...abbiamo dovuto prenderci cura dei pazienti di fine vita e in parallelo mio nonno è morto di covid, è stato molto difficile essere lì e vedere le persone morire giorno per giorno e in parallelo cercando di superare la morte di mio nonno, molti sentimenti contrastanti, cercando di sostenere la mia famiglia e la mia forza interpersonale. (440, MS, C)*

Chi scrive narra delle immagini che si sono situate nella memoria e che accompagnano il ricordo.

Spesso sono descrizioni sintetiche, brevi pennellate, poche parole per riassumere esperienze di dolore estremo, condiviso. Verbi come il “vedere”, “guardare” riportano a immagini, a situazioni vissute “indelebili” per gli occhi della memoria. Più volte raccontano dei sacchi neri dove venivano poste le salme, anche il come ne parlano è significativo dell’enorme disagio morale provato.

*Il momento più difficile è stata la gestione dei pazienti deceduti. Chiudere i corpi dentro ai sacchetti di plastica è stato terribile. (22, I, I)*

*Ho visto persone belle che sembravano dei mostri, corpi distrutti rinchiusi in sacchi neri come delle cose da buttare. (31, I, I)*

*Persone che muoiono sole. Chiuse in sacchi neri. (137, I, I)*

*Le innumerevoli morti da "insaccare" in quei sacchi tristemente neri. (151, I, I)*

#### **4.2.2.3 Preoccuparsi del contagio**

I professionisti della salute affrontano costantemente casi in cui intere famiglie vengono decimate a causa del contagio, in alcune situazioni assistono persone che non sanno che nella stanza accanto è deceduto un loro caro. Questo li colpisce molto. C'è il sentire la forte preoccupazione e responsabilità nel poter contagiare sé stessi, i propri cari, colleghi o i pazienti. In particolare, nella prima fase della pandemia, la scarsa dotazione di presidi e il non conoscere l'evoluzione della malattia aumenta la paura del contagio per sé stessi e gli altri. Il momento in cui si scopre di essere contagiati viene vissuto con molta angoscia per la paura di contagiare. Vi è paura per sé, ma soprattutto per l'altro, il paziente o il familiare più fragile, come gli anziani. Emerge la responsabilità e la colpa, il momento del contagio in chi si è ammalato resta nella memoria come uno dei momenti più drammatici del periodo vissuto. Il timore del contagio emerge soprattutto dai medici cileni.

*Lavoro in ambito territoriale, ricordo la prima ondata Covid, ogni gg arrivava un protocollo nuovo, noi infermieri lasciati in balia di noi stessi, medici di base assenti, si entrava nelle case con la paura e l'ansia di essere infettati. (184, I, I)*

*Prendersi cura di un paziente infetto da Covid-19 che infetta tutta la sua famiglia e successivamente muore sua madre, suo padre e suo fratello di Covid-19. (248, M, C)*

*Ti chiede di accompagnarlo, perché la sua famiglia è lontana, molte volte anche altri familiari sono ricoverati in ospedale e in alcuni casi sono morti altrove senza che il paziente nemmeno lo sapesse. (464, M, C)*

*Avevo molta paura e mettevo in pratica moltissime precauzioni per evitare di ammalarmi. (5, AS, I)*

*la paura mia e dei colleghi di affrontare una cosa nuova. La paura di portare l'infezione ai miei genitori anziani. (196, I, I)*

*Paura e senso di impotenza per i colleghi che si ammalavano, paura di poter ammalarsi e contagiare i propri familiari. (44, I, I)*

*nella fase iniziale la mancanza di presidi che ha lasciato paura nel contagiarsi e contagiare altre persone fragili. Aver la consapevolezza che contagiando persone fragili potevi provocare la morte. (203, I, I)*

*Sicuramente il momento per me più difficile è stato quando ho scoperto che mi ero contagiata. (38, I, I)*

Emerge in particolare il timore del contagio per chi esegue visite domiciliari, o endoscopie o intubazioni orotracheali. Questo in particolare emerge da parte dei medici cileni e gli anestesisti thailandesi.

*Visite domiciliari a malati covid non necessariamente autonomi. (352, M, C)*

*Realizzare endoscopie a pazienti covid in unità covid. (386, M, C)*

Chi narra parla di una situazione drammatica, caratterizzata dalla solitudine, dall'incertezza e dalla paura ma anche dal dover lavorare in condizioni nuove, date dal dover affrontare una malattia sconosciuta dagli esiti incerti, e dal dover proteggersi in modo rigoroso. I professionisti della salute sono abituati a lavorare con protocolli per garantire sicurezza, ma in questo caso vi era molta incertezza e solo in un secondo momento

si è capito bene come si doveva agire con i dispositivi di sicurezza (dispositivi di protezione individuale - DPI). Questi hanno obbligato i professionisti della salute a lavorare completamente bardati, dovendo seguire un rigido protocollo di vestizione e svestizione che dovevano seguire in modo rigoroso senza saltare tappe, molto concentrati, per non contagiarsi. Infatti, solo in un secondo momento si è visto come la maggior parte dei contagi è avvenuto in questi momenti, soprattutto nella fase di svestizione dopo turni molto lunghi e con molta stanchezza. Emerge un grande senso di responsabilità e fatica nel seguire tutti i protocolli, nella vestizione e nel dover adottare tutti i dispositivi di protezione individuale. Nonostante il dover stare molte ore con i dispositivi e anche spesso con le lesioni provocate da questi (soprattutto sul viso e le orecchie) nessuno parla di questo, ossia del *discomfort* personale.

*Il timore di "sorvolare" su qualche passaggio e dare luce a focolai, dentro e fuori dal contesto, era enorme e diffuso negli occhi di chi collaborava attivamente in quelle fasi. (239, I, I)*

*Stare con tutti i mezzi di protezione per ore e ore, l'esaurimento fisico, l'incertezza nel momento di rimuovere i mezzi di protezione e pensare che potrei contagiarmi. (276, M, C)*

*Essere esposta a persone infette e temere di infettarmi. (330, D, C)*

Inoltre, emerge la paura del contagio per la mancanza di dispositivi, soprattutto nella fase iniziale.

*La paura del possibile contagio con la scarsa dotazione di ausili per combattere la pandemia nella fase iniziale del covid 19. (122, F, I)*

*Non poter utilizzare all'inizio i presidi di protezione perché non disponibili e la paura l'incertezza di come si sarebbe evoluto il contagio dei pz e di noi operatori. (185, I, I) essere costantemente esposta al virus con attrezzature scarse (che dovevamo acquistare principalmente noi come personale sanitario). (295, I, C)*

*All'inizio della pandemia non sempre avevamo i dpi necessari e a volte ti trovavi di*

*fronte al bivio di tutelare meno la propria salute pur di assicurare un'assistenza adeguata [...] Sapevamo poco di questo virus e sapevamo poco come gestirlo. (139, O, I)*

*Arrivare all'istituto dove lavoro da 30 anni (ospedale pediatrico) e non avere forniture o dispositivi di protezione individuale. Questa scena è accaduta durante la fine di marzo 2020, pochi giorni dopo che la pandemia è stata dichiarata dall'OMS e messa in quarantena dal governo del mio paese. Sensazione di impotenza e vulnerabilità assoluta. (394, M, C)*

Anche se la mancanza di presidi ha caratterizzato il primo periodo, c'è chi narra che la forte paura vissuta per il possibile contagi, che in questa fase ha determinato il morire di molti, ha lasciato una forte traccia.

*Nella fase iniziale la mancanza di presidi (soldati con le scarpe di carta) che ha lasciato la paura nel contagiarsi e contagiare altre persone fragili. Aver la consapevolezza che contagiando persona fragili potevi provocare la morte (eseguito sedazione terminale per sintomo disturbante di dispnea). Mi è rimasta l'impotenza di fronte a un virus che si manifesta in troppi modi diversi. Essere definiti come untori, paranoici da civili e parenti. La diffidenza in quanto è stato detto che per evitare il contagio a inizio pandemia c'era protocollo che bastava mascherina chirurgica che non era vero. (203, I, I)*

In chi narra è potente il senso di colpa e la paura di contagiare i propri cari. I professionisti della salute sono tra il personale che più è esposto ad una alta carica virale. Prima del vaccino molti si sono ammalati, alcuni sono rimasti con sequele gravi della malattia, altri purtroppo sono deceduti. Quindi la paura di contagiare i propri cari è stato un ulteriore fattore di forte stress. In alcuni casi hanno perso un proprio caro dopo averlo contagiato. Molti hanno seguito un isolamento dalla propria famiglia vivendo lontani dalla propria casa durante il primo periodo, e hanno riorganizzato la propria vita per evitare il pericolo di contagiare. Hanno sofferto molto anche per non aver potuto visitare i famigliari anziani per evitare di contagiarli. In questo i professionisti della salute sono stati molto rigorosi.

*Inoltre, paura di ammalarmi e di infettare i familiari. (19, I, I)*



*Un momento difficile è stato l'isolamento personale, dalla mia famiglia. Riorganizzare la propria vita per la paura di infettare un proprio caro. (20, I, I)*

*Paura e senso di impotenza per i colleghi che si ammalavano, paura di poter ammalarsi e contagiare i propri familiari. (44, I, I)*

*Penso alla paura che i miei cari possano contagiarsi ed ammalarsi. (75, I, I)*

*Il timore di avvicinare e avvicinarsi all'altro, sperimentato nelle relazioni con miei familiari, colleghi e pazienti. (127, I, I)*

*La paura di portare l'infezione ai miei genitori anziani. Lo sconforto e la sensazione di non farcela. (196, I, I)*

*Paura di essere "vettore" del virus sia con i miei familiari che con i pazienti soprattutto del periodo lock down. (202, I, I)*

*Altra frustrazione era il timore di contagiare i miei familiari. (221, I, I)*

*La distanza dalla famiglia stretta e la sensazione di incertezza di fronte all'aumento dei casi, aumento del carico di assistenza e a possibilità di contagio specifica del contesto. (243, M, C)*

*Il ricovero di mio marito dopo averlo contagiato con COVID-19. (260, M, C)*

*Avevo anche paura di contrarre e portare il virus a casa mia, a mio figlio di 24 anni che è stato vicino alla morte 3 volte, a causa di incidenti e morbidità, quell'angoscia mi ha portato via il sonno per settimane. (355, M, C)*

*Ansia per la paura di sapere se sono contagiato al ritornare a casa mia. (376, M, C)*

*Alto rischio di contagio personale e familiare. (397, M, C)*

*Paura di contagiare i propri cari ed esaurimento psicofisico. (407, M, C)*

Si riporta la narrazione integrale di un medico cileno dove si ritrovano tutti questi aspetti. Le parole che usa sono molto efficaci nel descrivere la gravità della situazione; tuttavia, si avverte un tono di fiducia e speranza.

*Probabilmente la cosa più difficile è stata quella di affrontare pazienti in insufficienza ventilatoria che si stanno deteriorando rapidamente. È come avvicinarsi a un precipizio. Il paziente è consapevole, sa cosa gli sta succedendo e conosce i rischi. Comprendi che il prossimo passo è intubarlo. Ti chiede per favore di aiutarlo, ma sai che ciò che può essere fatto è limitato. Ti chiede di accompagnarlo, perché la sua famiglia è lontana, molte volte anche altri familiari sono ricoverati in ospedale e in alcuni casi sono morti altrove senza che il paziente nemmeno lo sapesse. Sullo sfondo c'è la paura di ammalarsi e infettare i tuoi parenti a rischio, il che approfondisce l'isolamento. Si è addestrati come medico per gestire tutti questi aspetti, da quello medico a quello emotivo e spirituale del paziente, ma mai su una scala così massiccia come la viviamo. Abbiamo iniziato a vedere pazienti COVID-19 con pochi casi, all'inizio era tutto nuovo, poi sono stati molti casi, poi è diventato sempre più grave fino a raggiungere il picco della pandemia. La tua irrequietezza intellettuale che ti ha sempre portato a cercare il meglio per i tuoi pazienti non ti permette di credere che non ci sia davvero nulla di efficace per curare i pazienti, leggi ogni giorno le nuove pubblicazioni con la fede che qualcosa cambierà la prognosi o il decorso della malattia e della pandemia. Infine, la cosa più notevole è l'integrità di tutto il personale che supporta i servizi sanitari. Tutti saldi, sempre nell'accompagnare, non ho mai sentito un dubbio sul continuare ad avanzare nella battaglia contro il COVID per il rischio personale o per i nostri parenti. (464, M, C)*

#### 4.2.2 Aspetti legati al *professionalism* e all'etica professionale e al *caring*

Macrocategoria	Categorie	Etichette concettuali
Aspetti legati al <i>professionalism</i> e all'etica professionale e al <i>caring</i>	Provare angoscia morale	Timore di commettere errori Mancare di informazioni e di risorse Affrontare decisioni difficili Vedere il <i>discomfort</i> del paziente
	Alterazione della modalità di relazione	Lavorare con i DPI Il sentire i limiti nella comunicazione
	Sperimentare la cura come "antidoto" alla sofferenza	Praticare la cura come supporto e vicinanza Apprendere l'importanza dei piccoli gesti Garantire un minimo di buona cura Consapevolezza degli atti di cura Praticare empatia e umanità
	Trovare il modo di garantire presenza	La necessità di accompagnare L'essere disponibili Facilitare il contatto con il familiare

A gennaio 2020 stavano arrivando le prime notizie sul numero dei casi e la velocità del contagio riguardo un nuovo quadro respiratorio; a marzo si passava al *lock down* completo, tutto venne chiuso, le scuole e le visite sanitarie non prioritarie si differirono a tempo indefinito. L'evoluzione rapida della situazione non permise che i sistemi di salute fossero in grado di affrontare in modo efficiente la grande quantità di pazienti che arrivavano e in condizioni molto gravi. All'inizio non si sapeva bene se la mascherina chirurgica fosse sufficiente per poter proteggersi, i professionisti non avevano altro a disposizione. Poi si è capito che la contagiosità della malattia era molto alta, si stavano ammalando tutti, anche chi curava. Bisognava stabilire protocolli per l'igiene della persona, per sanitzare gli ambienti, per isolarsi e isolare, e per bardarsi. All'inizio, nell'insicurezza generale dell'evoluzione della situazione, le misure prese in relazione all'isolamento sono state drastiche. Inoltre, bisognava contare con le risorse, materiali e umane, e creare spazi covid e non covid per separare i pazienti infetti da quelli che avevano altre necessità e problematiche cliniche. Tutto questo è arrivato a sistemi di salute, soprattutto quelli pubblici, già provati da tutta una serie di situazioni,

in primis la mancanza di risorse, formazione continua e il non contare con personale preparato per gestire un'emergenza su scala globale. Quello che più ha pesato in chi è stato in *front line* è stato il ricevere e assistere pazienti gravissimi senza poter contare con le risorse e l'appoggio necessario. In questo periodo il professionista della salute, in particolare il medico, ha dovuto affrontare tutta una serie di situazioni che hanno provocato dubbi, perplessità, crisi e sofferenza a livello etico e deontologico, uno stress e angoscia derivanti dal non poter praticare i valori che sono alla base della pratica clinica, che sostengono la vocazione e fanno parte del "patto sociale", ossia il forte *commitment* che il professionista della salute assume nel prendersi cura della persona e della comunità. Il non poter mantenere la promessa realizzata con il giuramento Ippocratico, ossia di saper prendersi cura della persona e di non nuocere. Questo provoca una grande crisi e sofferenza spirituale, che si può percepire anche quando i professionisti parlavano, come nella macrocategoria Vissuti affettivi, del morire, oppure dell'impotenza dovuta a mancanza di informazioni. In questo caso appare con evidenza un altro aspetto, la sofferenza morale: al livello affettivo, emotivo si associa quello etico (dal discorso emerge che la stessa situazione riporta a più di un tema in relazione alle parole presenti nella narrazione). Quindi in questo caso, la narrazione sul mancare di informazioni fa emergere nel discorso la sofferenza etica in quanto vi è il forte timore di commettere errori.

Chi narra si trova in tutta una serie di situazioni che provocano un alto livello di dolore non solo a livello affettivo, ma anche morale e spirituale. Si parla in letteratura di *moral distress*<sup>76</sup>, inoltre emerge un'associazione tra la sofferenza morale e problemi di salute mentale per i professionisti della salute (Labrague, 2020).

---

<sup>76</sup> Il disagio morale fu descritto per la prima volta nella letteratura infermieristica nel 1984 da Andrew Jameton, che scrisse: "Il disagio morale sorge quando si conosce la cosa giusta da fare, ma i vincoli istituzionali rendono quasi impossibile perseguire la giusta linea d'azione. Nel 2018, Simon G. Talbot e Wendy Dean hanno sostenuto che il danno morale è sempre più comune tra i medici e che è spesso erroneamente interpretato come "burnout." Hanno scritto, "il danno morale dell'assistenza sanitaria non è l'offesa di uccidere un altro umano nel contesto della guerra. Non è in grado di fornire cure di alta qualità e guarigione nel contesto dell'assistenza sanitaria." Durante la pandemia, in una situazione di profonda incertezza, paura e a volte caos, è stato quasi impossibile per gli operatori sanitari sentire che stanno fornendo cure che soddisfano gli standard a cui sono stati addestrati". Testo originale in inglese: "*Moral distress arises when one knows the right thing to do, but institutional constraints make it nearly*

#### 4.2.2.1 Provare angoscia morale

Il non conoscere la malattia, l'evoluzione, gli esiti e il non avere informazioni chiare in un contesto generale di caos e paura genera molta angoscia nel professionista della salute soprattutto per *il timore di commettere errori*. In questo caso emerge quanto è mancato a livello di risorse materiali, umane e nella comunicazione. All'incertezza che risaltava nella macrocategoria "Vissuti affettivi dolorosi" a causa della non conoscenza della malattia si associa un'angoscia morale dovuta al timore di commettere errori, di nuocere al paziente per non avere sufficienti informazioni, o conoscenza della situazione e dell'evoluzione della malattia. Pesa il non sapere bene quando consigliare al paziente, in fase di triage telefonico o durante una visita in telemedicina, di rivolgersi a un servizio di medicina d'urgenza. Dalle narrazioni emerge lo stato di costante paura che è durata almeno per un anno, portando a conseguenze gravi sulla salute mentale, come si è visto, fisica e spirituale degli operatori sanitari. Anche il dover cambiare unità operative, tipo di paziente, per esempio passare da assistere bambini ad adulti, e il dover essere rapidamente autonomi per mancanza di risorse umane genera molta angoscia. In tutto ciò ci si sente abbandonati da parte dei superiori. Tutto questo genera molta frustrazione e angoscia.

*Ciò che più mi ha destabilizzato è stato cambiare completamente tipo di attività lavorativa senza alcuna formazione sul campo ma, per necessità organizzative aziendali, svolgendo fin da subito le nuove attività in maniera autonoma. .... un grande senso di angoscia per la paura di poter nuocere alle persone che andavo ad assistere successivamente ciò che mi ha accompagnato durante tutto il periodo all'interno del reparto Covid è stata una sensazione di rottura con la mia identità ed etica professionale. (99, I, I)*

---

*impossible to pursue the right course of action. In 2018, Simon G. Talbot and Wendy Dean argued that moral injury is increasingly common among physicians and that it is often mischaracterized as "burn-out." They wrote, "the moral injury of health care is not the offense of killing another human in the context of war. It is being unable to provide high-quality care and healing in the context of health care." During the pandemic, in a situation of profound uncertainty, fear, and at times chaos, it has been nearly impossible for health care workers to feel they are providing care that meets the standards to which they were trained" (Farrell & Hayward, 2022).*

*Stravolgere la routine del proprio lavoro per iniziare un'attività che non si conosce, di cui non si è "padroni" con una malattia di cui non si conosce nulla. (29, I, I)*

*È stato difficile il triage telefonico, all'inizio i sintomi non erano chiari ed alcuni potevano essere sottovalutati. (93, I, I)*

*Ho cercato per quanto potevo di imparare, di prepararmi, ma vivevo la situazione con la costante paura di commettere errori o omissioni, di non essere all'altezza. (222, I, I)*

*il costante stress e la paura di commettere errori che potrebbero essere fatali. (295, I, C)*

*La sensazione di angoscia quando si passa dal vedere bambini agli adulti, senza sapere cosa succederebbe e con protocolli che cambiano ogni giorno. (437, M, C)*

*Le informazioni erano tante, spesso contrastanti, regnava l'incertezza rispetto ai comportamenti corretti da tenere (anche nella vita quotidiana). (200, I, I)*

*Il timore di consigliare un paziente in telemedicina sbagliando sui tempi (442, M, C)*

*La mancanza di risorse e il non poter aiutare i pazienti come si avrebbe voluto pesa molto in chi narra, si prova molta angoscia nel vedere come si deteriora la salute dei pazienti a causa della mancanza di presidi e per l'isolamento. A questo si associa la rabbia provata per una gestione che si sente improvvisata e carente, rabbia verso il capo reparto o coordinatori o dirigenti che si sentono lontani dai vissuti di chi è in prima linea.*

*Mancanza di risorse (umane e materiali) per la mole di pazienti da trattare che mi ha creato sensazione di impotenza e frustrazione. (19, I, I)*

*... associata a rabbia per la persistente carenza dei dispositivi di protezione nonostante le continue richieste e i solleciti. (44, I, I)*

*La disorganizzazione durante la prima ondata e la carenza di DPI (55, I, I)*

*Partecipare alla decisione dell'equipe multidisciplinare di sospendere la ventilazione ad un paziente e quindi iniziare con il percorso di accompagnamento alla morte in quanto non vi è sufficiente posto in terapia intensiva per accogliere tutti i pazienti che ne necessiterebbero. (78, I, I)*

*Non avere sufficienti posti letto in terapia intensiva (335, M, A)*

*La limitazione dell'intubazione nei pazienti giovani (362, MS, C)*

*La mancanza dei presidi sanitari e il non sapere cosa sarebbe successo (146, O, I)*

*Affrontato con poche informazioni, senza DPI, con i medici di medicina generale che si sono eclissati, con la costante frustrazione di non poter far nulla per i pazienti che stavamo assistendo (176, I, I)*

*Non poter utilizzare all'inizio i presidi di protezione perché non disponibili e la paura l'incertezza di come si sarebbe evoluto il contagio dei pz e di noi operatori (185, I, I)*

*La mancanza di risorse umane formate nella gestione della patologia e dell'acuto ma anche la mancanza di risorse tecniche essenziali (es: presidi). (219, I, I)*

*Vedere come la salute dei pazienti si deteriora per mancanza di presidi. (430, F, C)*

Il sentirsi incompetenti, il non conoscere la malattia, il non sapere l'evoluzione non solo genera un grande dolore vedendo la vita che scivola via senza poter far nulla e anche molta frustrazione a livello personale, ma provoca anche dei dilemmi etici. Il sentirsi incompetenti fa sentire tutta la responsabilità per l'essere nell'impossibilità di erogare un buon *care*. Questo anche dovuto al fatto che spesso a causa della malattia non vi era il numero sufficiente di personale, e il dover usare misure a volte ritenute eccessive, come la contenzione.

*A causa della sua agitazione e per l'alto rischio di caduta veniva contenuto agli arti superiori e inferiori. Era solo in camera, con la porta sempre chiusa, e legato. E ricordo che piangeva. (214, I, I)*

Anche il non poter accompagnare i pazienti nel momento di fine vita provoca molte riflessioni e dilemmi etici. In questo contesto, c'è anche chi cerca di studiare, di basare le proprie decisioni sulle scarse evidenze che ci sono, ma permane sempre questa forte tensione tra il non essere capaci e la paura di commettere errori. Tutto questo provoca molta frustrazione e senso di colpa.

Un altro aspetto complesso è il dover *prendere decisioni difficili*, come il definire i pazienti candidati a ventilazione, chi aveva maggiori possibilità di farcela, il dover escludere per mancanza di risorse i pazienti più fragili. Il non poter contare sempre con la quantità di ossigeno necessaria, il dover sperare di poter mandare a casa il paziente, piuttosto che ricoverarlo e isolarlo dalla famiglia. Vedere i pazienti che non riescono a respirare, coscienti e non avere a disposizione il ventilatore per aiutarli, oppure il dover escluderli dalla possibilità di ricevere un supporto ventilatorio solo per l'età, anziani sani, ma senza un'ultima possibilità. Tutti questi aspetti provocano non solo angoscia e dolore spirituale, ma anche un dissidio dal punto di vista etico. Emerge tutta la fatica per poter erogare una cura sufficientemente buona e delle scelte difficili che si sono dovute fare in questo periodo, come ad esempio a chi dare l'ultimo letto, o l'unico ventilatore disponibile, o il non avere a disposizione ulteriore ossigeno, o il decidere chi trasportare con l'unica ambulanza disponibile. In alcuni casi solo si poteva attendere il morire del paziente per mancanza di risorse. Questo aspetto, la mancanza di presidi e le scelte difficili, emerge soprattutto da parte dei medici cileni. Il medico non decide sulla vita e morte delle persone. In alcuni casi vi è la limitazione dello sforzo terapeutico che viene deciso in comitati di bioetica. In questo caso molto spesso i dilemmi etici sono stati risolti al momento per la mancanza di risorse, il medico ha vissuto tutta il dramma del dover prendere decisioni in questo contesto e definire chi può vivere e chi no.

*Arrivare alla massima capacità di assistenza del paziente a causa dei limiti della rete di ossigeno. (241, M, C)*



*Paziente con difficoltà respiratoria e non avere ventilatore meccanico. (275, M, C)*

*limitare lo sforzo terapeutico con pazienti che necessitavano della ventilazione meccanica solo a causa della loro età. (305, M, C)*

*Dover scegliere il paziente da intubare per essere rimasti senza ventilatore più volte. (314, MS, C)*

*Che arrivassero pazienti al piano solo per aspettare che morissero, sapendo che si sarebbe potuto fare di più ma non c'erano le risorse. (315, M, C)*

*Dover decidere quale paziente portare in ospedale perché c'era solo una possibilità di trasferimento in ambulanza (358, F, C)*

*Mancanza di disponibilità di letti e ventilatori e dover scegliere chi aveva più possibilità di sopravvivenza. (448, MS, C)*

L'operatore sanitario sentiva in modo molto pesante dal punto di vista emotivo ed etico come la vita dell'altro dipendesse dalle sue decisioni ed azioni, come descrive questa persona.

*Ho compreso che l'assistenza a questa tipologia di pazienti è molto complessa, sia dal punto di vista fisico per gli operatori, a causa dei DPI, sia dal punto di vista psicologico soprattutto. Turni logoranti, pazienti complessi e totalmente dipendenti. Molto spesso impauriti e che ricercano nell'operatore sanitario un conforto. Molto spesso ti pongono la domanda: „sto per morire vero?“, oppure l'affermazione „voglio morire“ perché stremati dagli interventi medico-assistenziali a cui devono essere sottoposti. Ci si rende conto di avere letteralmente in mano la vita di queste persone e la scelta di dover decidere a chi dare l'ultima possibilità, ovvero l'intubazione e a CHI non darla. Tutto ciò crea un forte sovraccarico emotivo all'equipe, complicato ulteriormente dalla necessità di comunicare la decisione ai parenti increduli. Ho capito che ci vuole tanta resilienza, capacità di adattamento e razionalità, ma soprattutto skills relazionali e comunicative. (78, I, I)*

C'è anche chi scrive di aver cercato aiuto e conforto nella preghiera, di aver pregato per ogni persona perché potesse rimanere stabile e poter fare la quarantena a casa con i propri cari. Questo perché spesso il ricovero era la condanna all'isolamento e alla solitudine, spesso sino all'ultimo respiro: l'essere molto malati e soli.

*Giovani pazienti, adulti e anziani sintomatici moderati o gravi, ho conosciuto e visto diversi casi, in ognuno ho pregato che non si complicassero e che potessero fare la quarantena nelle loro case circondati dalla loro famiglia con amore e non in un servizio di emergenza circondati dall'angoscia e dalla paura di non poter rivedere la loro famiglia. (312, I, C)*

Si avverte anche un profondo senso di ingiustizia e di incomprendimento quando i colleghi cominciano ad ammalarsi e tuttavia vi è resistenza nel fornire i presidi necessari.

*Lo scontro con il coordinatore del servizio che non voleva fornire i presidi adeguati per lavorare, nonostante il numero crescenti di colleghe che si ammalavano. (24, Di, I)*

La forte angoscia morale dovuta alla trasformazione del corpo nella malattia, il dover rinchiudere i tanti corpi nei sacchi neri porta talvolta a perdere il senso del tutto laddove “persone belle” diventano “cose da buttare”. In queste brevi parole emerge tutta la drammaticità del periodo vissuto da chi per vocazione è dedicato ad aiutare.

*Ho visto persone belle che sembravano dei mostri, corpi distrutti rinchiusi in sacchi neri come delle cose da buttare, (31, I, I)*

Inoltre, per mancanza di tempo, di risorse, di personale, l'isolamento forzato del paziente, non si riesce ad assistere come di consuetudine. Provoca dolore professionale il dover lasciare i pazienti soli, scrutandoli da lontano, il non poter garantire un minimo di comfort, come l'igiene eseguita nei tempi e modi che possano dare sollievo alla persona che li assiste. Il vedere i pazienti con i presidi scollegati, mal posizionati e

visibilmente in una situazione di malessere (infreddoliti) provoca un forte dolore morale, va contro i principi e i valori ispiratori della pratica professionale. Spesso i pazienti rimangono soli per molto tempo, talvolta decidono in solitudine, coscienti e con gravi sintomi respiratori, molto angosciati. C'è la certezza di aver erogato un'assistenza precaria e di poca qualità. Chi parla di questo sono soprattutto gli infermieri italiani.

*La frustrazione dovuta all'impossibilità di poter essere vicini ai pazienti e assisterli con la filosofia che caratterizza il nostro lavoro garantendone la dignità soprattutto nel fine vita. (44, I, I)*

*Ho sentito il dovere morale di informare i familiari dei residenti della CRA. (13, I, I)*

*Non c'è stato tempo di effettuarle (cure igieniche) per il susseguirsi incessante di urgenze ... pertanto i malati sono rimasti nei propri escrementi per ore e ore. (103, I, I)*

*Lo stare "poco" con il pz e non garantire loro l'assistenza dovuta! (169, I, I)*

*Prestare attenzione a questi pazienti soprattutto nella fase iniziale in cui si sapeva poco, l'assistenza inizialmente nel mio ambito era di qualità inferiore a mio parere. (73, O, I)*

Si riportano le parole di questa fisioterapista che permettevano di capire la situazione e le riflessioni fatte, anche sul confine del ruolo, e come lo stato di bisogno dell'altro diventa un forte appello al quale non si può non rispondere e che prevale su tutto.

*La "ruralità" del contesto e la sua essenzialità. La solitudine dei pazienti nei loro letti, spesso malmessi, infreddoliti, con aghi, device respiratori a volte non collegati o mal posizionati.... quasi mai i pazienti sono accompagnati in bagno... Spesso da soli sono incapaci non solo di raggiungere l'armadietto per prendersi un indumento pulito, ma anche di usare il cellulare per comunicare con i loro parenti o afferrare la bottiglietta d'acqua.*

*Il pasto, unico momento che determina lo scadenzare delle giornate, è sempre freddo.*

*Ciò che sembra quasi "abbandono" riflette la difficoltà, o forse l'impossibilità del personale (visto il rapporto in termini numerici tra pazienti- professionisti sanitari-oss) di riuscire a rispondere a questi bisogni.*

*Diverse volte ho tolto con intenzione tempo al training del cammino, o all'esercizio di rinforzo per dedicarlo ad un gesto di collaborazione, di aiuto, per accompagnare in bagno pazienti, permettergli dove possibile di lavarsi il volto, i denti... ho cambiato loro indumenti dopo giorni, ho cercato di dedicare a loro del tempo per parlare, per raccontare, o anche solo semplici gesti di affetto o di aiuto. Rifletto sull'importanza dell'aiuto come forma di cura, l'importanza di un gesto, semplice che sia di aiuto come qualcosa che già di per sé ha un valore terapeutico, anche nella relazione paziente-fisioterapista. Una piccola chiave per facilitare il rapporto di fiducia, collaborazione e motivazione. L'importanza della dignità della persona nelle sue forme più semplici come primo passo necessario per la partecipazione attiva e collaborativa del paziente. Ma anche come gesto di empatia e di approccio "umano". Rifletto sui confini del mio ruolo in quanto fisioterapista ma solo a posteriori, mai mi sono interrogata di ciò mentre erogavo quel gesto, quel tempo, spontaneamente...fare poco con il poco che c'è, questa è l'altra riflessione importante che porto a casa... (9, F, I)*

C'è anche chi riconosce che la situazione obbligata di ritorno ad un'assistenza di base, come ad esempio il garantire il supporto ventilatorio, ha permesso di riprendere contatto con l'essenziale della propria vocazione, soprattutto per gli infermieri spesso troppo lontani dal letto del paziente per gli oneri legati alla gestione.

*L'infermieristica è diventata molto un ritorno al garantire le funzioni vitali principali. Io mi sono sentita molto infermiera ... (23, I, I)*

In questa continua e costante incertezza, molti sono i dubbi che restano, i "ma" o i "se" fosse andata in un altro modo, se si fossero prese altre decisioni. Anche i diversi schemi terapeutici introdotti via via, lasciano la tristezza pensando in chi non ha potuto trarne beneficio in tempo.

*Se il paziente non tollerava la maschera, o le altre interfacce disponibili le vie erano due: si tentava con la somministrazione di puro ossigeno. Se le condizioni lo avessero permesso sarebbe stato intubato. Ricordo ancora il momento in cui sono entrata da un paziente per togliere il ventilatore ed il monitor. Il medico, che mi guardava dai vetri, stava chiamando la moglie per dire che il paziente non ce l'avrebbe fatta. Quando ho finito il turno, respirava ancora. È deceduto verso mezzanotte. Solo. Pochi giorni dopo si iniziò ad utilizzare l'eparina a tutti i pazienti ed il cortisone: la situazione cambiò decisamente, gli effetti si videro subito. Penso spesso a quel paziente. Forse le cose sarebbero potute andare in modo diverso. (32, I, I)*

L'angoscia e il tormento, le immagini e il ricordo, continuano a tornare, anche a distanza di tempo. Emerge un forte senso di colpa e il dramma della situazione vissuta. Questo frammento che segue lo descrive molto bene.

*Ma mi tormenta pensare che se si fosse disconnesso il circuito del ventilatore del suo vicino di letto, un uomo giovane di 42 anni, profondamente sedato e curarizzato, probabilmente sarei arrivata tardi, nonostante mi fossi assentata per appena 5 minuti, e l'avrei trovato in peri-arresto cardiocircolatorio, con tutte le conseguenze che ne derivano ... L'idea di cosa poteva succedere, mi tormenta ancora, e penso a come mi sarei sentita enormemente in colpa per il resto della vita se quell'uomo non ce l'avesse fatta. Come raccontarlo alla moglie e alla figlioletta di pochi anni che lo attendevano a casa? Che il papà era morto perché non c'erano abbastanza infermieri per assisterlo? (103, I, I)*

#### **4.2.2.2 Alterazione della modalità di relazione**

In questo contesto, il dover proteggersi e il lavorare con i dispositivi di protezione individuale genera tutta una serie di difficoltà, legate alla stanchezza fisica e mentale per il dover lavorare bardati e con la costante preoccupazione per il contagio, seguendo rigidi protocolli. Questo comporta anche una perdita dell'identità professionale e personale, in quanto spariscono tutti gli elementi di identificazione, come l'uniforme, badge con il nome ma anche quello che caratterizza ognuno come persona a livello personale, come il sorriso, il colore

dei capelli, il colore di un rossetto, una collanina, la forma del viso, (come persona, depersonalizzazione globale, cosa significa lavorare bardati? L'altro non mi riconosce, non c'è possibilità di reciprocità, ecco perché tutto si situa in uno sguardo ... riprendi unità ...). Non vi è possibilità di contatto fisico, di un sorriso, il non verbale viene spiazzato. Restano gli occhi come elemento per la comunicazione non verbale, un corpo bardato, anonimo, e la voce. Vi è una totale *alterazione della modalità di relazione*. Anche in questo caso sono gli infermieri che parlano maggiormente di questo tema. In particolare, le ostetriche italiane e cilene.

*L'assistenza infermieristica individualizzata, a cui ero abituata è stata totalmente dimenticata; il rapporto di care, tra infermiere e paziente, annullato quasi totalmente, dai vetri delle stanze che separavano il corridoio "pulito" dalla zona sporca. Le tute ed i DPI hanno fatto il resto. Noi infermieri, come tutto il personale sanitario, assistevamo molte volte impotenti a questo (32, I, I)*

*È il cambiamento nel modo di interagire con le persone. Siamo passati da contatto fisico, forza di comunicazione non verbale ect ... ad un rapporto garantito solo da uno schermo. Questa cosa ha limitato molto sia gli affetti più stretti che i rapporti sociali e di lavoro. (8, F, I)*

*Le maggiori difficoltà sono state riscontrate nella ridotta possibilità di contatto con le pazienti. (116, O, I)*

*La difficoltà più grande è stata il lavorare con DPI soprattutto per quello che significa nel rapporto con il paziente". (148, I, I)*

*La difficoltà di comunicazione non verbale che è diventata ormai solo uno scambio di sguardi, non ci sono più sorrisi se non nascosti dalle mascherine, non ci sono più abbracci, nei quali a volte è racchiuso un "ci sono io con te, andrà tutto bene. (162, O, I)*

Il paziente in questa totale spersonalizzazione non rinuncia alla relazione.

*Mi rimane impresso quando i pazienti mi dicono 'ti ho riconosciuta dalla voce', mi fa*

*sempre pensare il fatto che ai loro occhi noi siamo tutti uguali e che soffrono di questo.*  
(83, I, I)

#### **4.2.2.3 Sentire la cura come antidoto al dolore morale**

In questo periodo il *caring*, come scienza del prendersi cura, come competenza trasversale a tutte le professioni sanitarie, sociali e educative ha visto diminuire la propria efficacia e impatto. Proprio perché l'assistenza e il *caring* non hanno potuto essere svolti secondo le consuetudini, le competenze e i protocolli, diventa ancor più impegnativo poter fare quel poco che si può per poter mantenere un contatto, un filo sottile relazionale con un altro in una condizione di estrema fragilità, caratterizzato in particolare dalla paura della morte in solitudine. Questo non è solo per la necessità dell'altro ma anche per restituire un po' di senso e di tranquillità a chi è lì per vocazione o per necessità ad aiutare. Si cerca di dedicare il poco tempo che si ha per garantire comfort, per alleviare il malessere, per parlare e osservare, per poter toccare anche se il tutto mediato da mascherine, dispositivi che bardano e occultano il professionista della salute. Ecco allora che diventano protagonisti, in questo modo diverso di assistere, gli sguardi e le mani, del professionista e del paziente. Il paziente ha bisogno di toccare la persona che lo assiste, ma anche il professionista della salute ha bisogno di toccare l'assistito. Vi è una totale reciprocità. Mai come in questo momento si è ridotta l'asimmetria relazionale, sono sfumate le gerarchie, e non vi è stato spazio per il paternalismo. Questo accade sia nella relazione con il paziente ma anche tra diversi professionisti. Si sono trovati tutti nella stessa situazione, dove talvolta si apre lo spazio per azioni di cura impreviste, come il dover accompagnare il paziente in attività che sono di altri profili professionali (cambiare gli indumenti, accompagnare in bagno, aiutare con il pasto ...), ma questo diventa un'occasione per condividere uno spazio e tempo dove i confini dei ruoli si sfumano, diventano meno visibili, nonostante le divise, che comunque hanno perso le loro particolarità con i dispositivi di protezione individuale. Si aprono spazi per dedicare tempo per parlare, per raccontare o anche semplici gesti di affetto o di aiuto. La cura diventa supporto e vicinanza per ridurre il senso di solitudine.

Quando si fa di tutto per fare stare meglio, e purtroppo il dolore non va via (il tuo e il mio, per te), allora forse non bisogna fare molto, solo il poter alleviare (in questo caso una sintomatologia molto affaticante e angosciante a livello respiratorio) e il praticare la cura come supporto e vicinanza. Il saper esserci in modi diversi, ascoltando, toccando, informando, accompagnando con la presenza e lo sguardo. Anche aiutando i colleghi.

*Ho cercato di dedicare a loro del tempo per parlare, per raccontare, o anche solo semplici gesti di affetto o di aiuto. (9, F, I)*

*Per il resto è stato un sostegno nella mobilitazione, respiro, alimentazione, idratazione...e supporto... tanto supporto e vicinanza... perché erano soli... sempre. (23, I, I)*

*Ho imparato a dedicare ancora più tempo di quello che dedicavo prima all'ascolto dei pazienti. Ho imparato anche a rispettare i silenzi e a comunicare con il tocco e con lo sguardo, visto che le parole spesso erano incomprensibili visti tutti i dispositivi addosso. (57, I, I)*

*L'importanza di far sentire la mia vicinanza ai malati, di non farli sentire soli. (176, I, I)*

*Concentrare in poco tempo il contatto con il paziente - x me lo sguardo è stato fondamentale. (145, OSS, I)*

*Credo che nessuno si aspettasse una situazione mondiale simile. Ho avuto la conferma di quanto sia importante relazionarsi con le persone. Solo il fatto che non le puoi vedere in faccia (mascherina) e non le puoi toccare (una semplice stretta di mano). (187, I, I)*

*Quanto sia importante accompagnare in questi ultimi minuti i pazienti che poi sono morti, che erano soli e molti con paura. (315, M, C)*

*Non potevamo più riabilitare, dovevamo contenere gli utenti che erano molto spaventati come noi, fare videochiamate in modo che potessero vedere i loro parenti, aiutare il personale infermieristico ad alimentare gli utenti e aiutare in quello che potevamo*



*poiché il personale non poteva farcela. (413, TO, C)*

In particolare, le ostetriche hanno sofferto molto nel vedere le donne sole nel momento del parto e nel cercare di mantenere il loro impegno nel garantire una buona nascita.

*Da queste esperienze mi restano riflessioni sull'importanza di preservare e custodire una buona nascita in qualsiasi situazione. Talvolta non è possibile, per protocolli ospedalieri o stati di emergenza, assicurare un'assistenza "completa", ma la nostra priorità dovrebbe essere quella di garantire a ogni donna maggior spazio possibile di autodeterminazione, assicurandole di realizzare insieme i suoi desideri per un evento così trasformativo come quello della nascita, evento che ha un impatto sul benessere dell'intera società (80, O, I)*

I pazienti esprimono il bisogno di non essere lasciati soli, in particolare i pazienti anziani e le persone che vengono intubate. Diventa pertanto prioritario su tutte le competenze il saper esserci, l'essere presenti (riprendi da teoria della cura). Il solo poter fare questo, quando non è possibile altro, dà comfort anche al professionista.

*Una donna anziana a cui dovevo somministrare idratazione per via e.v e che voleva assolutamente toccarmi il viso per avere un contatto diretto, cosa che le mancava enormemente (209, I, I)*

*Non ho sempre dato buone notizie, ma ricevere qualsiasi informazione <anche cattive notizie> li calmava, o li toglieva un po' di ansia (291, MS, C)*

*Stava per essere intubato e mi ha chiesto per favore di rimanere sempre al suo fianco, mi ha ringraziato per averlo accompagnato (298, I, C)*

*Ti chiede di accompagnarlo, perché la sua famiglia è lontana, molte volte anche altri membri della famiglia sono ricoverati e in alcuni casi sono morti (464, M, C)*

Il saper stare in silenzio, l'esserci, il riscoprire *l'importanza dei piccoli gesti*. Fare quello che si può diventa l'essenziale della cura.

*La comunicazione, il toccare il paziente molte volte sono dati per scontati (2, I, I)*

*Resta la risorsa, potente e diretta, delle mani: mani che ascoltano, che custodiscono, che incoraggiano, che alleviano, che aiutano, che accolgono. Restano gli sguardi e le voci. (80, O, I)*

*la pandemia è stata la conferma di quanto un certo tipo di contatto e rapporto che si viene a creare con le pazienti (venuto meno in questo periodo) possa influenzare considerevolmente gli esiti materni e perinatali. (117, I, I)*

*Credo che nessuno si aspettasse una situazione mondiale simile. Ho avuto la conferma di quanto sia importante relazionarsi con le persone. Solo il fatto che non le puoi vedere in faccia (mascherina) e non le puoi toccare (una semplice stretta di mano)". (187, I, I)*

*Rilevanza dei dettagli, piccole misure di sollievo (ad es: facilitare vedere il volto della persona amata persa). Importanza di rivalutare l'umanesimo nella medicina". (366, M, C)*

Si riscopre il valore del saper ascoltare, del rimanere un po' con la persona che soffre, quando non si può fare altro. Anche questo si riconosce come rilevante ai fini terapeutici.

*Con i pazienti: ad ascoltare molto di più le loro preoccupazioni (post covid in gran parte della mia pratica assistenziale). (243, M, C)*

*Anche se solo un po', la loro paura e l'angoscia di accompagnarli, ascoltarli e parlare con loro è già un risultato, qualcosa di piccolo ma è qualcosa. (312, I, C)*

Vi sono state anche azioni di cura impreviste, come l'aiutare altri professionisti in difficoltà, o il riscoprire la propria professione in questo nuovo contesto di sofferenza condivisa. Si riafferma l'importanza di accompagnare e di dare sostegno e sicurezza con diverse modalità.

*aiutare il personale infermieristico a nutrire gli utenti e ad aiutare in quello che potevamo perché il personale non era in grado di farlo. (413, TO, C)*

*La solitudine dei pazienti era qualcosa che al tempo stesso disarmava e donava all'infermiere nuove modalità di stare accanto al paziente (in forma temporalmente più limitata, ma forse umanamente più vera). (77, I, I)*

*Dare loro sicurezza e sostegno con le mie parole e il mio atteggiamento, dare loro il mio telefono in modo che in qualsiasi momento mi chiedano i loro dubbi, farli sentire accompagnati e non soli di fronte all'ignoto. È stata una sfida personale che sono riuscito a superare. (355, M, C)*

Si cerca di mantenere un minimo di buona cura, la qualità assistenziale e gli standard quotidiani. In questo breve testo chi narra riassume con molta efficacia quali sono stati i punti da garantire a livello assistenziale, laddove buona cura è anche mantenere la relazione con i caregivers, anche se a distanza, dare sostegno psicologico al paziente e mantenere il rispetto nella composizione della salma.

*È stato importante garantire qualità assistenziale. Mantenendo standard quotidiani .... In particolare, è stato fondamentale mantenere un rapporto vivo con i caregivers, assenti completamente nel contesto clinico, aiutare psicologicamente il paziente affetto da Covid e cercare di conservare il più possibile il rispetto alla preparazione della salma. (94, I, I)*

Vi è una nuova consapevolezza degli atti di cura che si riflette nei discorsi in molti aspetti diversi. Non solo si accompagna, si ascolta, si è presenti, si cerca di dare tranquillità e di informare, ma si apprende anche il valore terapeutico dei piccoli gesti di cura, si capisce l'importanza della presenza delle persone care negli ultimi momenti, dell'ascolto, dell'umanità e del rassicurare con le poche informazioni che si possono

dare. La solitudine e la fragilità del paziente porta a riflettere su quanto si può fare, a ricordare che cos'è una buona cura e una nuova consapevolezza dell'importanza di poterla garantire. Chi scrive narra di un nuovo apprendimento, quanto si è appreso sui testi diventa “cosa viva”, incarnata.

Anche in questo caso sono interessanti i verbi che usavano per narrare: imparare, pensare, ricordare, capire, riflettere.

*Rifletto sull'importanza dell'aiuto come forma di cura, l'importanza di un gesto, semplice che sia di aiuto come qualcosa che già di per sé ha un valore terapeutico, anche nella relazione paziente-fisioterapista. (9, F, I)*

*Ho appreso anche l'importanza della cura, dell'ascolto delle pazienti che non potevano avere la vicinanza dei parenti. (28, O, I)*

*Mi ha permesso di capire l'importanza della presenza dei famigliari nel percorso di accompagnamento alla morte e del ruolo fondamentale che hanno le persone amate nella vita, anche negli ultimi momenti.*

*[...] Ho imparato a dedicare ancora più tempo di quello che dedicavo prima all'ascolto dei pazienti. Ho imparato anche a rispettare i silenzi e a comunicare con il tocco e con lo sguardo, visto che le parole spesso erano incomprensibili visti tutti i dispositivi addosso. Questo periodo per me è stato un periodo di consapevolezza...consapevolezza di che ruolo svolgiamo noi infermieri anche solo dal punto di vista prettamente relazionale con i pazienti, spesso infatti è un tocco, una parola in più o solo il silenzio e l'ascolto che cambiano la giornata e il vissuto dei pazienti (57, I, I)*

*Ho appreso che per me ma anche per i miei colleghi l'assistenza è essenziale, non mi accontento di fare quello che deve essere fatto ma l'assistenza deve essere personalizzata e completa. Sono cose che ti insegnano all'università ma solo in questa pandemia abbiamo compreso davvero cosa significa. (73, O, I)*

*Questo mi fa pensare all'importanza della personalizzazione delle cure e della presa in carico del paziente, a quanto per loro è importante relazionarsi con noi e al beneficio che solitamente ha nel rapporto di cura senza che ce ne accorgiamo (83, I, I)*

*Ho appreso di quanto sia importante una carezza per chi sta dall'altra parte. (171, I, I)*

*l'importanza di far sentire la mia vicinanza ai malati, di non farli sentire soli (176, I, I)*

*Ho appreso quanto la componente relazionale sia importante in un contesto assistenziale/sanitario. (189, TL, I)*

*Mi sono ricordata di quanto sia parte integrante della professione infermieristica la parte umana e relazionale. Il non poter stare accanto alla persona ricoverata durante il COVID ha snaturato ciò che invece è proprio della professione infermieristica, anzi è il suo punto di forza. (132, I, I)*

L'esposizione prolungata a una situazione così complessa che invade sia l'ambito professionale che quello personale porta alla necessità di praticare l'empatia e l'umanità. L'esserci nel difficile sembra avere un impatto sulla forma dell'esserci, si comprende come sia rilevante informare, il poter dimostrare un non verbale di accoglienza, di disponibilità reale, il saper rassicurare, l'esserci davvero.

*L'importanza della dignità della persona nelle sue forme più semplici come primo passo necessario per la partecipazione attiva e collaborativa del paziente. Ma anche come gesto di empatia e di approccio "umano". (9, F, I)*

*Mai come in questi momenti sento vera la frase "si muore da soli". (35, I, I)*

*Posso essere l'infermiere più professionale e più preciso del mondo anche cercando di strappare sorrisi ai miei pazienti e sdrammatizzando. (4, I, I5)*

*Il paziente può avere fiducia in te anche solo sentendo una voce amica serena e tranquilla. E noi colleghi che abbiamo pochissimi momenti di pausa per staccare dalla routine lavorativa, dobbiamo cercare di sfruttare al meglio questi brevi momenti per ritrovare un po' di normalità. (149, I, I)*

*Ancora una volta dobbiamo essere empatici con i paz, ascoltare le loro richieste e bisogni x banali che sembrano. (158, I, I)*

*Che è importante sapere che a volte i pazienti hanno bisogno di sentirsi ascoltati e che dobbiamo essere più umani (270, M, C)*

*Molte volte solo sentire una risposta su come stava la persona amata era sufficiente a calmare l'angoscia presentavano (291, MS, C)*

*Ho dovuto applicare l'essenziale di questa carriera e chiunque abbia a che fare con la cura dei pazienti, l'empatia e l'umanità (312, I, C)*

*Dare loro sicurezza e sostegno con le mie parole e il mio atteggiamento, dare loro il mio telefono in modo che in qualsiasi momento mi chiedano i loro dubbi, farli sentire accompagnati e non soli di fronte all'ignoto. È stata una sfida personale che sono riuscito a superare. (355, M, C)*

*Che è importante sapere che a volte i pazienti hanno bisogno di sentirsi ascoltati e che dobbiamo essere più umani. (270, M, C)*

*Molte volte il solo ascoltare una risposta di come stava la persona cara era sufficiente per calmare l'angoscia che avevano. (291, MS, C)*

*Anche se solo un po' la loro paura e angoscia solo accompagnandoli, ascoltandoli e parlando con loro è già qualcosa, qualcosa di piccolo ma qualcosa. (312, I, C)*

Quindi l'esserci, il poter riscoprire la relazione non solo nel discorso, dove a volte resta un modello teorico a cui aspirare di cui si è poco consapevoli, ma anche incarnata, sperimentata nel difficile e con le limitazioni imposte dall'isolamento e dispositivi di protezione, porta a una serie di riflessioni sulla necessità di facilitare il contatto e di trovare strategie ulteriori.

*La portata dell'isolamento sociale forzato (lavoro in un csm), come aspetto disgregante e potenziale slatentizzante fragilità anche in soggetti 'non malati'; la fragilità come nucleo comune. (128, M, I)*

*Certamente tutte queste distanze fisiche hanno dato modo a noi operatori di comprendere quanto invece dovremmo essere vicini al pz come fosse un nostro familiare. (163, O, I)*

*Il contatto interumano è la cosa più importante del mondo. (168, OSS, I)*

*Ho appreso quanto la componente relazionale sia importante in un contesto assistenziale/sanitario. (189, TL, I)*

*L'importanza della vicinanza alle persone, la condivisione delle paure e delle angosce. (204, I, I)*

Scoprire che l'altro ha bisogno di noi, anche quando non si può fare nulla (aspetto complesso e inedito per il professionista della salute e che spesso, quando non può fare nulla, è abituato a ritirarsi e a lasciare la persona con la famiglia).

*La disponibilità, anche per dire non posso fare nulla ma sono qui per ascoltarla, spiegare semplicemente quello che sta succedendo è importante. (207, I, I)*

*Ho compreso, che molte volte un abbraccio, una stretta di mano è migliore di molte terapie e che molte volte ti senti impotente davanti a delle persone che ci stanno lasciando, lasciandoci molte volte spiazzati, ma mi sento di dire di fare delle vetrare dove poter vedere i propri cari, forse sentendosi meno soli". (139, O, I)*

*Quanto sia importante il contatto umano, darsi il tempo di cercare di essere vicini a chi assistiamo perché possiamo essere l'ultima persona che vedono. (301, I, C)*

Si riscopre anche il ruolo del familiare, il valore di informare, di dedicare anche pochi minuti per poter relazionarsi e trovare strategie per ridurre l'isolamento forzato.

*L'umanità delle persone va sempre messa al primo posto! Anche in una situazione emergenziale non dobbiamo dimenticarci che davanti a noi abbiamo persone spaventate che cercano di essere accolte da noi professionisti, prima come persone e poi come pazienti bisognosi di cura. Mai sottovalutare l'importanza di una telefonata a casa, di prendersi pochi minuti per ascoltarli, per aggiornare chi sta a casa ad aspettare e sperare". (74, I, I)*

*Il sostegno familiare è indispensabile. A volte basta una chiamata di 5 minuti per dare la forza di combattere al paziente o la possibilità di salutarsi per l'ultima volta. (161, O, I)*

*Cercare sempre di informare bene i familiari. (293, MS, C)*

*Dare la possibilità al familiare di assistere durante il ricovero il proprio caro tramite utilizzo dpi e vaccino. (196, I, I)*

*L'isolamento anticipato credo non serve. Perché ti colpisce psicologicamente. Non siamo preparati per questa situazione che abbiamo vissuto. (322, I, C)*

I pazienti riconoscono gli sforzi, nel dolore e nella sofferenza, di chi si prende cura di loro, sentono il bisogno di reciprocità.

*Certamente il rapporto umano con i pazienti si è decisamente dilatato, si è intensificato. Il paziente capisce gli sforzi che si sono fatti, si mostra quasi riconoscente. (91, I, I)*

*Ricordo i pazienti UCI prendendoti la mano o facendo l'occhiolino in segno di ringraziamento. (401, M, C)*

*L'opportunità di vederlo sano e felice, ci siamo rallegrati moltissimo, ma guardarci negli occhi, con quella grande emozione fu come abbracciarci di cuore. (400, OSS, C)*



### 4.2.3 La relazione che cura

Macrocategoria	Categorie	Etichette concettuali
La relazione che cura	Sentire il valore del gruppo di lavoro	Il poter condividere il difficile La collaborazione
	Saper lavorare in equipe	Il saper fare squadra Il gruppo di lavoro come sostegno
	L'aver cura del gruppo di lavoro	Il narrarsi come cura Il supporto psicologico La formazione come supporto

La relazione in chi scrive diventa un evento significativo sia per i limiti imposti dall'isolamento sia per il dover indossare i dispositivi di protezione individuale. La relazione sperimentata durante questo periodo diventa anche riflessione per il futuro, in quanto si proietta quanto sia vitale per il bene del paziente, famiglia e gruppo il curare le relazioni. È, come la buona cura, antidoto al dolore. È il tema più rappresentato come frequenza di risposte, assieme ai vissuti affettivi. Emerge come risposta al dolore, quindi come evento significativo, in particolare alla mancanza di relazioni o alla modalità di relazione alterata. Come apprendimento, assume un ruolo preponderante su tutti gli altri temi. Si diventa consapevoli del valore e del ruolo del gruppo, del creare una rete di supporto. Si diventa consapevoli che è l'unica forma per poter andare avanti: assieme e uniti, quando invece nella quotidianità è uno degli aspetti più complessi negli ambienti di lavoro. Rappresenta il 18,3% degli *excerpta* totali (92 unità significative).

#### 4.2.3.1 Sentire il valore del gruppo di lavoro

L'appoggio dei colleghi, il sentire il supporto del gruppo, il poter condividere le difficoltà viene vissuto come un fattore protettivo. La solidarietà del collega viene vissuta come una risorsa buona che il gruppo sa attivare, fa stare bene il sentire che si può contare con l'altro, che non si è soli. Nella difficoltà il gruppo ha saputo essere coeso

e coerente per il raggiungimento di un obiettivo comune: fare tutto quello che si può e massimamente bene per il paziente. Chi narra parla dell'aiuto ricevuto dai colleghi nell'affrontare una situazione così complessa e assolutamente nuova, il poter sentire il supporto nel condividere le esperienze emotivamente difficili e dolorose, dovute in particolare alla sofferenza dei pazienti in isolamento e alle morti numerose. C'è un nuovo modo di collaborare, fatto anche del narrarsi, del condividere il difficile ma anche il desiderio di fare al meglio quello che si può. In questo emergono i valori, si fanno visibili e si scopre come i colleghi, tutti hanno il forte desiderio di aiutare, di rispondere attivamente alla chiamata della loro vocazione. Anche per i professionisti i gesti e gli sguardi diventano spesso il modo della relazione.

*Modello comunicativo messo in atto con colleghi, pazienti e famigliari, l'intesa attraverso gesti e sguardi, rapide prese di decisioni, ed una squadra compatta. (23, I, I)*

*Esperienza della morte dei pazienti vissuta tante volte e l'aiuto dei colleghi per superare momenti critici. (36, I, I)*

*È stato il supporto del gruppo anche se insieme spesso ci siamo sentiti soli ad affrontare tutto. (44, I, I)*

*La collaborazione tra colleghi (mi riferisco al mio gruppo di lavoro) è la certezza assoluta di poter contare l'uno sull'altro. (124, I, I)*

*La solidarietà tra operatori sanitari, nel vivere la grande solitudine dei pazienti. (142, I, I)*

*Molto importante è stato il confronto con i miei colleghi nei momenti di sconforto quando le cose non erano positive e c'era molto lavoro visto l'alto afflusso di pazienti. (234, I, I)*

*la cosa più notevole è l'integrità di tutto il personale che sostiene i servizi sanitari. Tutti sicuri, sempre accompagnando. (464, M, C)*

Anche l'appoggio ricevuto dai colleghi nel nuovo reparto (in alcuni casi i professionisti della salute sono stati ridistribuiti in altri reparti o unità per far fronte all'emergenza Covid-19) è stato un fattore determinante per superare la difficoltà.

*La cosa buona è che i nostri colleghi della rianimazione ci hanno sostenuto, insegnato e abbiamo fatto gruppo e aiutati fra di noi. (97, I, IK)*

Il saper condividere, il saper lavorare in gruppo, in rete e di aiutarsi reciprocamente, diventa dapprima una reazione alla situazione e poi una necessità considerata imprescindibile per poter affrontare e gestire la situazione (ai diversi livelli: assistenziale, emotivo, gestionale, etc.).

*Un elemento distintivo della reazione alla malattia è stata la condivisione di gruppo delle difficoltà. (62, I, I)*

*La necessità, per i professionisti sanitari coinvolti, di creare una rete di aiuto reciproco per affrontare una situazione che le istituzioni ospedaliere non hanno saputo in nessun modo né prevenire né gestire, a scapito di pazienti e professionisti. (79, I, I)*

Diventa centrale il prendersi cura uno dell'altro.

*Ci siamo presi cura tra colleghi l'uno dell'altro, ci siamo supportati da subito e questo sicuramente ha aiutato a sopportare in modo più positivo l'esperienza del primo periodo, che è stata molto dura. (32, I, I)*

*Colleghe che chiedevano di venire a lavorare senza usufruire di troppi riposi perché lontani da casa e dalle famiglie, e per non sentirsi soli, nonostante anche avessero perso nonni o familiari. (189, TL, I)*

#### 4.2.3.2 Saper lavorare in gruppo

Il “saper fare squadra”, come espressione ritorna scritta più di dieci volte, poi si ripete un numero elevato di sinonimi o parole per indicare la forza del gruppo<sup>77</sup>. Il saper fare squadra diventa requisito anche per le proiezioni future come modo per affrontare situazioni difficili e inaspettate. È una delle categorie più frequenti riguardo gli apprendimenti (ossia cosa si è appreso in questo periodo).

*Ho compreso quanto sia importante il lavoro di squadra nella mia professione. (176, I, I)*

*Forse sarebbe meglio essere sempre una squadra non solo in emergenza Covid, ma anche nei reparti, nella vita di tutti i giorni, in famiglia, ... più unione e comunicazione, scarseggia molto, e c'è sempre la scala gerarchica trasparente ... Bisogna lavorare nella stessa squadra tutti i giorni, che sia a lavoro o in famiglia... Spalleggiarsi, supportarsi a vicenda... Magari si affrontano anche di più i problemi. (145, OSS, I)*

*Che è molto importante fare squadra confrontarsi e darsi coraggio. (186, I, I)*

---

<sup>77</sup> Le parole usate per parlare di come il gruppo ha saputo prendersi cura dei suoi membri: *si aiuta* “e ci si sostiene a vicenda; il sostegno reciproco, la condivisione dei momenti difficili, la possibilità di sdrammatizzare; imparato l'importanza del lavoro in team, del confronto, della collaborazione; mi abbia dato la forza di reagire; il legame che si è creato con gli altri professionisti; pochissimo tempo un vero e proprio team: presi cura tra colleghi l'uno dell'altro, ci siamo supportati; supporto reciproco; un team unito nel prendere decisioni e nel sostenersi a vicenda; una rete di supporto; Creare gruppo; Sostenersi tra colleghi; aiutarsi nei momenti difficili, confrontarsi successivamente ad eventi psicologicamente tesi e professionalmente intensi; Il gruppo è stato una forza, ci siamo sostenuti tra noi; aiuto reciproco; Il lavoro di equipe è fondamentale, il confronto e la collaborazione, ascoltare chi è sul campo e fare tesoro delle esperienze altrui; un senso di solidarietà e responsabilità; L'aiuto ed il sostegno reciproco; L'unione fa la forza; emergenza ci siamo sempre aiutati e supportati; coesione tra i gruppi di lavoro; del confronto; l'unità di gruppo; il valore aggiunto; ci si confronta e ci si sostiene; vissuto l'importanza di creare molteplici reti dentro e fuori le organizzazioni.

*L'importanza del lavoro di squadra e del sostegno fra colleghi, della condivisione di stati emotivi talvolta simili. (221, I, I)*

*Questa esperienza ha rafforzato la solidarietà, il senso di appartenenza ad un gruppo (di lavoro, in questo caso). (224, I, I)*

Il saper fare squadra significa anche travalicare il confine di ruolo per un fine comune: aiutare il paziente.

*Aiutare il personale infermieristico ad alimentare gli utenti e ad aiutare in quello che potevamo perché il personale non era sufficiente. (413, TO, C)*

Chi scrive parla molto del *gruppo di lavoro come sostegno*, come risorsa unica per poter andare avanti in una situazione caratterizzata dalla paura e sofferenza. Lo scrive come scoperta e nuova consapevolezza. Si scoprono persone e ruoli mai visti prima; sembra che la pandemia abbia fatto sparire conflitti preesistenti in favore di un obiettivo comune (domande che restano sospese: “cosa mi accade quando sono nel difficile, sono più fragile, più esposto, ho più bisogno degli altri, per questo riesco a vederli di più?). Il necessitarsi, gli uni con gli altri in una situazione di estrema fragilità collettiva sembra che porti all’essenziale della relazione, il messaggio che emerge sembra essere: “ci sono, ti vedo”.

*Un pensiero particolare alla scoperta dell'energia, disponibilità, generosità di tante persone, mai notata in precedenza. (1, M, I)*

*Ho appreso la capacità inaspettata di alcune persone di attivarsi nel momento del fare. (155, M, I)*

Quindi il gruppo diventa una “*struttura*”, un *frame di riferimento*, che contiene, che offre uno spazio sicuro e di contenzione a livello emotivo e di competenza (per potersi confrontare e anche per imparare dall’altro), perché sono tutti uguali nel soffrire e nel non sapere; non c’è più la definizione delle gerarchie. Anche in questo caso i ruoli si sfumano a favore della collaborazione. Il gruppo diventa una struttura riconosciuta di

estremo valore nel gestire una situazione impensabile; costruisce il *setting* per il sostegno reciproco, apre lo spazio per la condivisione nei momenti difficili e dà la possibilità di sdrammatizzare e di andare avanti. Il gruppo diventa la risorsa unica per poter sopravvivere alla paura e angoscia, allo smarrimento del non sapere, all'impotenza di fronte alla morte. Al di fuori del gruppo non c'è possibilità di sopravvivere, l'individualismo viene meno come forma di auto protezione e di auto sussistenza. Anche in questo caso l'esperienza porta ad una nuova consapevolezza, spesso chi narra dice: "Ho capito".

*Ho capito che se si lavora in un gruppo in cui ci si aiuta e sostiene a vicenda si riescono a gestire situazioni impensabili, da solo non avrei mai voluto mettere a rischio la mia salute o gestire situazioni di rischio. In gruppo è stato molto più semplice; il sostegno reciproco, la condivisione dei momenti difficili, la possibilità di sdrammatizzare hanno dato la forza per affrontare le varie situazioni. Credo che le dinamiche interne di gruppo giochino un ruolo determinante per affrontare con successo sfide come la pandemia attuale. (22, I, I)*

*Ho capito quanto sia importante il lavoro di gruppo e il supporto reciproco per raggiungere un obiettivo prefissato. (44, I, I)*

*Ho capito l'importanza di un team unito sia come infermieri ma anche con le altre figure professionali nel prendere decisioni e nel sostenersi a vicenda. Non bisogna sottovalutare nulla di tutto questo, essere pronti ed elastici, modificare radicalmente l'organizzazione se necessario. (72, I, I)*

#### **4.2.3.3 Aver cura del gruppo di lavoro**

Chi scrive narra che durante la pandemia ha ricevuto scarso supporto da parte dell'istituzione, sembra per chi scrive che le aziende sanitarie non si siano preoccupate e fatte carico del supporto psicologico degli operatori, in forte difficoltà per la situazione altamente drammatica che stavano vivendo.

*Sicuramente quello che è mancato è stato il supporto psicologico non solo ai pazienti ma anche agli operatori. (94, I, I)*

*Poca attenzione al benessere psicologico e soprattutto EMOTIVO degli operatori. (231, I, I)*

*Non sono stata in grado di dare a tutti il supporto che avrebbero meritato perché in alcuni momenti avrei avuto bisogno di aiuto anche io. Se avessi avuto più strumenti (gestione dell'ansia, sistemi di videochiamata, incontri di debriefing) forse avrei potuto dare maggior sostegno. (236, I, I)*

Si riconosce come modo per poter stare meglio il poter narrare la propria storia per poter elaborare e risignificare un vissuto difficile.

*Credo che il confronto e il racconto dei nostri vissuti, il riparlare insieme delle situazioni più impegnative avrebbe fatto bene a tutti noi, come persone e come professionista della salute. (236, I, I)*

C'è anche chi racconta che la situazione drammatica, la paura per alcuni ha significato dare il meglio di sé, mentre per altri ha significato dare il peggio e l'emergere di conflitti latenti.

*Come sono cambiate le relazioni con gli altri, alcune in meglio, altre in peggio. Questa epidemia ha fatto uscire il meglio ed il peggio di ognuno di noi e le persone si sono finalmente rivelate per quello che sono. (75, I, I)*

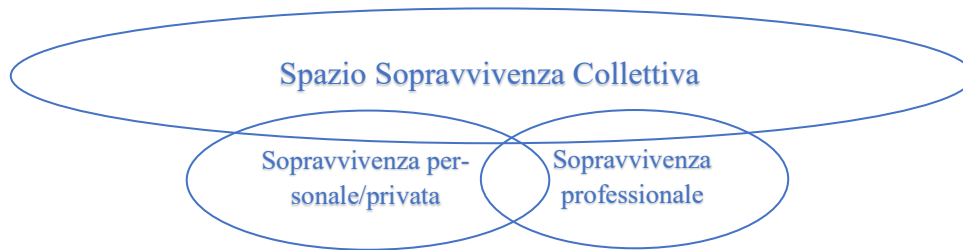
*La tensione ha fatto emergere tanti piccoli conflitti prima sommersi dalla buona volontà di fare teamwork, l'incertezza e le difficoltà della pandemia han tolto questo strato di buon "formalismo" :) si era molto più irruenti durante il lavoro, ciò si notava sia tra gli infermieri che tra i medici e nel rapporto tra le diverse figure professionali. (77, I, I)*

Se come si è visto prima il gruppo di lavoro diventa un contenitore che aiuta e supporta, diventa indispensabile e necessario l'attivare *percorsi di cura* del gruppo di lavoro per il futuro. Il lavoro in gruppo è stato la chiave per poter sopravvivere sia a livello personale che professionale, in una dimensione collettiva, molto più ampia (si crea un

terzo spazio, dove si condividono tutti i dolori, perdite personali o parte del collettivo, il paziente, il familiare del paziente, il collega, si veda Schema 1). Lo “spazio della sopravvivenza collettiva” si configura come un “contenitore” necessario per andare avanti, dove è permessa la manifestazione di emozioni, il chiedere e ricevere sostegno, dove è possibile trovare l’appoggio e l’aiuto professionale del collega, dove non prevale la vergogna, la vessazione o il sentirsi incompresi. Pertanto, chi scrive esprime la necessità che per poter andare avanti - oltre la pandemia - è necessario attivare percorsi di cura per il gruppo di lavoro da parte delle aziende sanitarie e istituzioni. Diventa un valore da proteggere. Si prefigura come una specie di *self-care*, non a livello individuale, bensì a livello di gruppo che riconosce la necessità di spazi di auto cura. Il *self-care* non solo come dimensione privata e di responsabilità personale: si passa dal *self-care* necessario per poter assistere l’altro, a un *self-care* individuale-collettivo, molto più profondo, incarnato e che è parte di una pratica attiva e condivisa. Si ritiene necessario curare i rapporti e il benessere, il dare supporto per poter gestire l’ansia, attivare spazi per la comunicazione e l’ascolto da parte delle istituzioni. In particolare, si devono curare le relazioni lavorative e dalle risposte emergono proposte molto concrete come, ad esempio, la formazione per imparare a gestire situazioni estreme a livello psicologico, per poter gestire lo stress e l’ansia e il dare spazi di conversazione. Se si pensa che i livelli di *burnout* prima della pandemia erano per i professionisti della salute a livelli molto alti, curare il benessere e la relazione in gruppo, dovrebbe diventare parte delle future politiche istituzionali e della formazione dei futuri professionisti della salute. Parlare di *self-care* ha sempre generato una certa vergogna nel professionista della salute, soprattutto in relazione alla salute mentale. L’esperienza del COVID-19 sembra spingere verso spazi mai immaginati, e sin da subito si diffondono pratiche collettive per poter mantenere uno spazio di benessere. Si comincia a parlare di ciò che prima rimaneva negli interstizi, nei silenzi, o protetto da questionari anonimi o interviste in anonimato. Il COVID-19 porta a una profonda riflessione sul fatto che se non ci preoccupiamo gli uni degli altri, non riusciamo a vederci, a vedere realmente l’altro nella sua difficoltà, nell’accettarlo veramente, senza i paternalismi e i discorsi fatti, non si riesce a sopravvivere. Si scopre che l’unico vero antidoto alla sofferenza è patire assieme, in modo esplicito, non in solitudine, ed essere onesti con le proprie



emozioni e formati nel poterle esprimere e condividere. Il *self-care* diventa pertanto una necessità incarnata e non solo uno *slogan* dei tempi post COVID-19.



**Schema 1:** Rappresentazione “Spazio di Sopravvivenza Collettiva”

*Curare i rapporti tra professionisti, il benessere del personale e la leadership giocano un ruolo fondamentale. (22, I, I)*

*Ho capito che nonostante tutto mi piace il mio lavoro e che le relazioni tra colleghi sono importanti per aiutarsi tra di noi. (36, I, I)*

*Dovremmo essere più formati nella gestione psicologica di questi eventi. Come affrontare l'ansia e il di-stress causato dagli eventi sconosciuti. (37, I, I)*

*Nello specifico di quanto raccontato, l'esperienza mi ha insegnato la preziosità della relazione con i miei colleghi e ha condizionato pesantemente la mia percezione del clima lavorativo. Mi ha insegnato l'importanza della fiducia, della comprensione, delle scuse. Lavorare in equipe è stato importante e forse una delle dimensioni da curare e sviluppare per riuscire a prendersi cura degli altri. (200, I, I)*

*Suggerirei dei momenti strutturati di condivisione del proprio vissuto e del proprio operato, sono mancati in questa situazione. (231, I, I)*

Quindi il pensare, progettare e attivare percorsi di formazione al lavoro in gruppo e alla comunicazione, non solo in relazione al paziente e famiglia, diventa *self-care* e mantiene la vocazione e il comportamento professionale. Sarebbe interessante analizzare quanto si plasma a livello curriculare, e quanto si mantiene a livello di formazione continua.

#### 4.2.4 Conoscenza di sé (a livello personale)

Macrocategoria	Categorie	Etichette
Conoscenza di sé (personale)	Riflessioni sulla vita e orientamento esistenziale	Consapevolezza della fragilità Vivere il presente
	L'imparare dalla propria fragilità	La scoperta della forza interiore La scoperta dei limiti L'imparare l'empatia
	L'importanza del <i>self-care</i>	Il <i>self-care</i> per poter assistere

Le narrazioni offrono l'opportunità a chi scrive di fermarsi a riflettere sugli eventi, le emozioni, i pensieri e le decisioni prese. La scrittura in condizioni di fragilità permette di riscoprire il senso, di ritrovare l'identità. Il narrarsi diventa cura di sé.

Demetrio scrive:

*Quando ripensiamo a ciò che abbiamo vissuto, creiamo un altro da noi. Lo vediamo agire, sbagliare, amare, soffrire, godere, mentire, ammalarsi e gioire: ci sdoppiamo, ci bilochiamo, ci moltiplichiamo. [...] Per rientrare in sé stessi, per rimettere in ordine le tessere scompigliate della sensazione di panico emergente, il rimedio è costituito dall'imparare, senza paura, a sdoppiarsi e moltiplicarsi. Soltanto nel momento in cui diventiamo capaci di questo proviamo l'emozione di rinascere, perché assistiamo alla nascita dei molti io che siamo stati, li seguiamo nei loro primi passi, li vediamo confondersi tra loro senza più continuità nei passaggi che hanno attraversato. (Demetrio, 1996, p. 12)*

Più avanti aggiunge che il processo autobiografico

*ridimensiona l'io dominante e lo degrada a un io necessario che possiamo chiamare l'io tessitore, che collega e intreccia; che, ricostruendo, costruisce e cerca quell'unica cosa che vale la pena cercare costituita dal senso della nostra vita e della vita. (Demetrio, p. 14)*

Tutte queste emozioni (la frustrazione, lo smarrimento, l'impotenza, ...), la paura "globale", il contatto frequente con la morte portano il professionista sanitario a un lavoro di introspezione e di scoperta di sé. Di fronte a tutti questi eventi il professionista della salute si sofferma sulla fragilità della vita, talvolta si riscopre a valorizzare le piccole cose che forse avevano perso significato nella quotidianità. Il fermarsi a pensare gli permette di dare un senso a quanto accade e di prendere nuove decisioni riguardo al futuro. Anche di capire quanto sta accadendo e non solo di soffrire, di conoscersi meglio, capire le proprie reazioni, quali sono gli apprendimenti su di sé in un contesto difficile. Questa macrocategoria riporta alla struttura profonda dell'uomo che è ontologicamente fragile (Mortari, 2019), l'uomo e anche la società che ha costruito. Emerge in chi narra il desiderio di sentire la propria fragilità, di vederla, raccontarla senza paura (forse per l'anonimato del testo?), e una nuova consapevolezza, ossia della necessità di chiedere aiuto e di offrire aiuto.

#### **4.2.4.1 Riflessioni sulla vita e decisioni/orientamento esistenziale**

Il permanere nella fragilità, il sentirsi fragili con un altro altrettanto fragile, porta a *riconoscere la fragilità* della persona e in una visione più ampia, la fragilità della società, di fronte alla natura, di fronte agli eventi, al riconoscere la vita nella sua brevità e non dare nulla per scontato. Diventa una situazione esistenziale collettiva, che porta a tutta una serie di riflessioni e coscienza degli apprendimenti. (cfr Mortari sulla fragilità dell'essere umano come elemento connaturato e la necessità dell'altro). Emerge in chi scrive la consapevolezza dell'impotenza dell'uomo di fronte alla natura e agli eventi. Questo pensiero emerge soprattutto dai medici cileni.

*Il primo pensiero è stato rivolto alla nostra esistenza sulla terra, alla brusca consapevolezza della fragilità dell'essere umano. (1, M, I)*

*Ho capito che l'uomo a volte è impotente di fronte alla natura (17, G, I)*

*Ricordare a tutti che ogni volta potrebbe essere l'ultima quindi non dare nulla per scontato tenendo presente che non potrebbe esserci una ulteriore possibilità. (34, I, I)*

*Mi ha fatto riflettere rispetto al non dar per scontato gli eventi che quotidianamente accadono (99, I, I)*

*Che ci sono cose che non sono nelle nostre mani. (249, M, C)*

*Ho imparato che siamo vulnerabili, ma resilienti (253, M, C)*

*Oggi ci siamo. Domani non lo sappiamo. La vita è un istante ... (277, TL, CO)*

*L'incertezza come costante nella vita (279, M, CO)*

*La vita è breve, è fragile, non dare nulla per scontato (283, M, C)*

*Penso a quanto siamo vulnerabili e che lavoreremo felici ogni giorno pensando che non ci toccherà (257, M, C)*

*Quanto siamo fragili come società. (337, M, C)*

*La fragilità della vita (366, M, C)*

La sofferenza provata conduceva in chi narra a una nuova consapevolezza che portava a una nuova e diversa visione della vita, a rivalutare le priorità della vita, in quanto si è visto che non si è onnipotenti (visione prima della pandemia).

*Fino a poco prima della pandemia quasi "onnipotente", alla necessità di rivalutare le priorità della vita. (1, M, I)*

*Questa esperienza mi ha profondamente segnato e cambiato in modo drastico la visione della vita e la priorità delle cose (159, I, I)*

Di fronte a tutti questi eventi, la risposta è uno scatto verso la valorizzazione della vita. Tutta la sofferenza condivisa e la coscienza della vulnerabilità individuale e collettiva porta a prendere nuove decisioni, *a vivere il presente ed essere presenti*, adattarsi alle circostanze e il non cercare sicurezza in piani futuri, ad esserci anche nel difficile, ad essere felici con poco, il saper valorizzare l'essenziale, come la famiglia, le amicizie e le relazioni.

Il saper vivere con rispetto, empatia, fare il bene e gioire per l'altro diventano valori protettivi, fattori di benessere, che allontanano dall'egoismo, dall'onnipotenza, che già sembra non essere più un fattore di benessere.

*Ho capito poi che le priorità realmente importanti sono diverse da quelle che attribuivo prima della pandemia (19, I, I)*

*Ho compreso che bisogna costantemente lavorare per affermarsi e per fare del bene perché solo così posso sentirmi viva (52, I, I)*

*Ho imparato a valutare la semplicità delle relazioni umane. La vicinanza possibile nonostante la distanza fisica. (243, M, C)*

*Essere più presenti nella vita quotidiana .... tante cose che diamo per scontato. (246, M, C)*

*Ci mostra quanto possiamo essere felici con il minimo, il bello di vedere qualcuno riprendersi. (276, M, C)*

*A godere delle cose semplici. (292, M, C)*

*Gli amici sono la cosa più importante per me. (293, MS, C)*

*Adattarmi e cercare di non cercare sicurezza nei piani futuri ma vivere di più nel presente. (294, M, C)*

*Valorizzare sempre la famiglia e la salute. (298, I C)*

*Approfittare della quotidianità. (302, M, C)*

*A sopravvivere con l'essenziale. (324, DO, A)*

*Valorizzare i nostri cari e godersi la vita quotidiana (335, M, A)*

*Vivere intensamente ogni giorno (366, M, C)*

#### **4.2.4.2 Imparare dalla propria fragilità**

Sembra che la fragilità “condivisa”, un “noi” fragile, non solo un io, permetta al professionista che si narra di scoprire davvero chi è e di poter andare avanti con una nuova consapevolezza. C'è un riconoscersi con un altro ugualmente fragile.

##### *La scoperta della forza interiore*

Si scopre di essere più forti di quanto si pensasse, si scoprono delle risorse personali impensate (forse perché non utilizzate appieno prima? Interessante questo passaggio, come il difficile obbliga a superarsi, il riscoprire quindi la propria professione al di fuori della routine). C'è anche chi dice che è stata una sfida che ha fatto bene e chi non dimentica lo sforzo e il costo che questo ha significato (“sono stata sommersa dagli incubi ...”).

*Ho compreso che sono più resiliente di quanto pensassi, uscire fuori dalla propria routine, dal proprio controllo, adattarsi ad una situazione nuova. (20, I, I)*

*Di essere più forte di quanto mai avrei pensato. Di aver vissuto momenti di grande sconforto ma di aver di nuovo trovato il sorriso e aver imparato a gioire di piccole cose. (26, I, I)*

*Personalmente questa esperienza mi ha fatto scoprire delle risorse personali che non pensavo di avere e riscoprire la bellezza della professione infermieristica declinata nelle diverse sfaccettature dell'assistenza. (100, I, I)*

*Questo cambiamento mi ha fatto bene. Nonostante i sacrifici iniziali, mi sono resa conto delle mie potenzialità di adattamento in ambienti nuovi. (121, I, I)*

*Ho capito di essere più forte, di riuscire ad affrontare la morte, anche se poi arrivata a casa la corazza cade... E nella notte sono stata sommersa da incubi... (145, OSS, I)*

*Ho acquisito più sicurezza in me stessa. Sono cresciuta tanto (179, O, I)*

### *Il valore della resilienza*

La narrazione che segue è un esempio dell'apprendimento condiviso della resilienza, operatori e pazienti. Anche in questo caso i confini di ruolo sfumano. In più casi narravano della resilienza imparata dalla lotta dei pazienti contro la malattia e la voglia di vivere.

*Lavorando in un reparto covid ho ascoltato i vissuti di molte persone, le quali prima dell'evento critico (sintomatologia e ospedalizzazione) trascorrevano una vita normale, non avrebbero mai immaginato che sarebbe accaduto a loro e che questo virus avrebbe potuto sconvolgere così velocemente ed intensamente le proprie vite. Ricordo in particolar modo di un uomo di mezza età, mi raccontava che sin da giovane correva ogni giorno e lo ha continuato a fare fino a quando non si è ritrovato lì in ospedale, al risveglio dopo la sua estubazione. Non capiva dove fosse, se stesse facendo un incubo, se fosse morto e quello fosse l'inferno. Dopo che gli operatori gli spiegarono l'accaduto, lui si impegnò molto per riprendere al più presto le sue forze, l'unico suo pensiero era alzarsi da quel letto dove era stato fermo per giorni e giorni, e ritornare a correre. La sua determinazione su ciò che per lui era il suo vivere mi ha fatto molto riflettere.*

*Trovare l'ancora di salvezza per ogni persona è fondamentale onde evitare di cadere in quello stato di non speranza dal quale è difficile riemergere. (59, I, I)*

*Serve una grande capacità di adattarsi alle nuove circostanze, condividendole con i propri colleghi e pazienti. La parola "resilienza" ha acquistato un significato tangibile. (67, MS, I)*

*Attraverso la resilienza dei miei pazienti ho compreso che uno stato di forte stress può insegnare, se elaborato ed accolto, a sviluppare la pazienza necessaria a superarlo.*

(215, I, I)

*Credo che la resilienza sia la virtù da tenere presente in casi come questi. È quella che permette di superare adeguatamente e andare oltre le avversità. (318, MS, C)*

### *La scoperta dei limiti*

Nella fragilità, nell'impotenza e smarrimento e paura si scoprono i propri limiti e in chi narra diventa una lezione "appresa" positiva, costruttiva e utile per poter proseguire bene.

*Penso di aver appreso i miei limiti. (27, I, I)*

*Sicuramente questo vissuto mi ha fatto capire fin dove posso spingermi e quali sono i miei limiti sia personali che professionali. (44, I, I)*

*Ho imparato a conoscere i miei punti deboli, a rendermi conto di non poter avere la pretesa che ciò che vivo al lavoro rimanga al lavoro e non diventi parte di me. (57, I, I)*

Vi sono anche apprendimenti che parlano dello sforzo, del percorso, e che sanno valorizzare il risultato di tale impegno.

*Questo cambiamento mi ha fatto bene. Nonostante i sacrifici iniziali, mi sono resa conto delle mie potenzialità di adattamento in ambienti nuovi. (121, I, I)*

*Ho imparato che, anche se all'inizio mi è difficile adattarmi ai cambiamenti, alla fine ci sono riuscito. (309, M, C)*



### *L'imparare l'empatia*

Si scopre che anche in una situazione di molto stress e paura si può imparare, soprattutto da chi è più fragile e che nonostante tutto non smette di lottare. Si scopre, grazie al difficile e alla riflessione, che si può imparare dal paziente, mai come in questa situazione vi è stata una totale reciprocità.

Si scopre in modo autentico cosa significhi praticare l'empatia, essere profondamente compassionevoli, vicini all'altro in una situazione di estrema sofferenza. L'empatia non resta nel discorso, si plasma nel corpo, in questa situazione si "impara" ad essere empatici.

*Ho imparato ad essere meno individualista, ad ascoltare quei bisogni dei pazienti che sembravano meno importanti a me, ma che in realtà per loro lo erano. (19, I, I)*

*Ascoltare i vissuti delle persone mi ha aiutato nel mio lavoro, dove spesso capita di de-personificare i pazienti per affrontare meglio il proprio lavoro tenendo lontano emozioni e sentimenti. Invece, ascoltarli mi ha dato forza e tanta gratificazione in ciò che faccio a lavoro, nonostante la situazione critica della pandemia. Condividere i vissuti e le esperienze di pazienti ma anche di operatori rappresentano pagine di un libro che offre soluzioni, supporto e speranza derivanti dalle realtà vissute dalle persone. (59, I, I)*

*L'umanità delle persone va sempre messa al primo posto! Anche in una situazione emergenziale non dobbiamo dimenticarci che davanti a noi abbiamo persone spaventate che cercano di essere accolte da noi professionisti, prima come persone e poi come pazienti bisognosi di cura. Mai sottovalutare l'importanza di una telefonata a casa, di prendersi pochi minuti per ascoltarli, per aggiornare chi sta a casa ad aspettare e sperare. (74, I, I)*

*Devo essere più compassionevole, accogliente, vicino. (241, M, C)*

*A fermarsi ed empatizzare con l'altro. Non basta dire "io sono empatico. (246, M, C)*

*Ho imparato che prima di tutto sono un medico, e non ho esitato quando mi è stato chiesto di assistere pazienti che non sono della mia specialità, anche se farlo mi richiedeva di uscire dalla mia "zona di comfort". Credo che sia un privilegio essere un medico e poter contribuire in qualche modo in una situazione come questa, così inaspettata e senza precedenti. (260)*

*Che non devo desensibilizzarmi. (308, I, C)*

*Ho imparato riguardo l'umanità, la gentilezza e che il desiderio di tutti è solo stare con un amico o un membro della famiglia. (487, MS, C)*

Imparare l'empatia significa anche scoprire il cammino per poterlo essere realmente, come riscoprire la propria professione e amarla.

*Ho imparato che bisogna amare davvero quello che si fa se si vuole fare bene. (297, I, C)*

*Non mi sono sbagliato nella mia professione, la mia vocazione è molto forte e vera. (463, M, C)*

Chi si occupa di docenza ha saputo capire la difficoltà del momento, di sentire empatia con gli studenti e di aprirsi a nuovi spazi.

*La parte psicologica spesso viene sottovalutata anche nel campo della formazione. Così il corso di laurea ha deciso, a seguito della complessa esperienza degli studenti del 1° anno, in collaborazione con il docente di psicologia clinica di organizzare uno specifico progetto di sostegno psicologico, preceduto dalla elaborazione scritta da parte degli studenti della loro esperienza durante la pandemia. (94, I, I)*

#### 4.2.4.3 Riscoprire l'importanza del *self-care*

Il *self-care* non era più qualcosa di individuale, privato, che la persona doveva risolvere da sola, ma, come si è visto per la cura del gruppo di lavoro, diventava un bisogno da condividere in gruppo. Da mandato “esterno”, come un apriori (bisogna prendersi cura di sé), ma senza avere gli strumenti, le conoscenze, la formazione e gli spazi, si scopriva che diventava parte dell'essere un buon professionista. Chi scriveva rifletteva sul fatto che ciò che accadeva al lavoro diventava parte della sua esperienza di vita, diventava parte di sé e che era parte della narrativa, della biografia di una persona. Si riconosceva che il *self-care* era anche il riuscire a trovare strategie e formazione per poter aprire altri spazi per sanare ciò che accadeva sul lavoro, e *in primis* prendendone distanza.

*Ho imparato a conoscere i miei punti deboli, a rendermi conto di non poter avere la pretesa che ciò che vivo al lavoro rimanga al lavoro e non diventi parte di me. (57, I, I)*

*Ho imparato a staccare la mente dal lavoro una volta tornata a casa (se non ci fossi riuscita probabilmente ne avrei risentito molto psicologicamente). (55, I, I)*

*Ho compreso l'importanza di affrontare un problema per volta, sul lavoro come nella vita privata, e di trovare spazi/strategie per ridurre l'ansia e lo stress e affrontare meglio la realtà difficile (237, F, I)*

In particolare, per i medici cileni, che più hanno narrato della sofferenza provocata dai lutti e dalla paura per le famiglie e gli amici, si vede come il sapersi prendere cura di sé diventa parte della propria professionalità. In particolare, il saper chiedere aiuto, l'imparare a gestire le emozioni, il dormire e il riconoscere di avere un problema diventano parte dell'essere un buon professionista. Il riconoscere le proprie fragilità, i limiti sembrano diventar parte dell'essere un professionista che sappia prendersi cura di altri. La salute mentale diventa un tema aperto di cui si parla, cosa impensabile in pre-pandemia.

*Che si dovrebbe dormire e consultare in tempo un professionista della salute mentale.  
(290, MS, C)*

*La difficoltà di assumere l'auto-cura come parte necessaria per evitare il contagio.  
(351, M, C)*

*Canalizzare le emozioni e dare importanza alla cura personale per essere in grado di  
fornire supporto e cura al resto. (360, MS, C)*

*Che la salute mentale è la chiave per il corretto sviluppo della professione medica.  
(363, MS, C)*

Il piano personale si sovrapponeva costantemente al piano professionale in chi narrava, dove la separazione diventava fluida e senza confini. La sfida stava nel trovare un equilibrio, accettandone i limiti e la complessità.

#### 4.3.5 Conoscenza di sé (professionale).

Macrocategoria	Categorie	Etichette concettuali
Conoscenza di sé (professionale)	Consapevolezza dell'importanza della pratica riflessiva	Il fermarsi a riflettere Il sapersi adattare
	Arricchimento dell'esperienza lavorativa	La scoperta di nuove esperienze L'apprendere nuovi aspetti clinici

In questa macrocategoria ritorna la complessità dovuta alla mancanza di informazioni, soprattutto nella fase iniziale della pandemia, e si può leggere quanto dice chi scrive considerando sullo sfondo la paura, l'incertezza, lo smarrimento e l'impotenza. Nonostante la complessità, o forse dovuto a questa, chi narra dice che ha imparato quanto sia stato importante *fermarsi a riflettere* per chiedersi se quanto fosse definito dalle linee guida andasse bene o no. Quindi sembra che dopo un primo smarrimento iniziale, dovuto a informazioni mancanti o caotiche, il professionista della salute decide di soffermarsi a pensare, per esempio, sulle misure così restrittive in relazione all'isolamento dei pazienti, in quanto nell'assistere e osservare la persona si rende conto di quanto questo sia deleterio e un ulteriore fattore di aggravamento.

*In quella situazione iniziale ho appreso quanto sia importante fermarsi e riflettere a fronte di linee guida da seguire ... gestione dei DPI che non c'erano è stato fondamentale fermarsi e dirsi ma in questa situazione cosa è meglio fare? (3, I, I)*

*Mi chiedo se questo isolamento obbligato dei pazienti, soprattutto in pazienti terminali, abbia senso. (7, I, I)*

*Bisogna imparare a pensare a conoscere tutto ciò che ci circonda, ragionando con la propria testa...sugli eventi...senza farsi trascinare dai tuttologi e dagli eventi. (93, I, I)*

Ci si interroga sul proprio ruolo, i confini sembrano dilatarsi per poter aiutare la persona rimasta sola, e si impara a fare tutto quello che si può. La pandemia obbliga a

chiedersi, a pensare “con la propria testa”, a riconsiderare, vista anche la fragilità degli stessi operatori sanitari, vista la fragilità e la paura globale.

*Rifletto sui confini del mio ruolo in quanto fisioterapista ma solo a posteriori, mai mi sono interrogata di ciò mentre erogavo quel gesto, quel tempo, spontaneamente ... fare poco con il poco che c'è, questa è l'altra riflessione importante che porto a casa. (9, F, I)*

*Tutti lavoriamo con l'idea di portare la propria competenza a servizio del malato e dell'organizzazione senza la minima preoccupazione o timore reverenziale. Serviva questo virus per far sparire magicamente l'attività di segretariato infermieristico? (16, I, I)*

*Ho riconsiderato alcuni aspetti del mio agire professionale partendo dalla fragilità delle condizioni di salute&lavoro alla quale sono/siamo stati esposti come professionisti durante la pandemia. (18, I, I)*

Inoltre, c'è chi scrive che il difficile dell'esperienza della pandemia ha permesso di sfidare i propri limiti, di poter veramente esercitare il nucleo della propria professione: il prendersi cura di una persona fragile, di chiedersi e interrogarsi in modo autentico sulla propria vocazione. Su questo riflettono in particolare i medici. Quindi in un contesto difficile sembra affiorare in modo autentico il nucleo del professionalismo: il prendersi cura.

*Situazioni come queste sono una prova della vocazione di servizio di ogni operatore sanitario e funzionario pubblico. Le virtù si rafforzano quando vengono esercitate, vengono messe alla prova e messe in pratica. Penso che la pandemia sia stata una di quelle situazioni che ti fa pensare dove sei, che stai facendo. (318, MS, C)*

*Penso che sia stato un tempo di apprendimento e comprensione di ciò che riguarda il nostro lavoro, non è solo ciò che si impara nei libri e nella pratica clinica. (328, M, CR)*

In questa situazione nuova e inaspettata chi narra dice dell'importanza di *sapersi adattare* alle nuove circostanze, come ad esempio al lavorare con persone che non si conoscono, in ambienti nuovi, con modalità lavorative nuove e il saper trovare nuove strategie e compromessi per arrivare al risultato. Il *sapersi adattare* anche alla mancanza di risorse materiali e al cambiamento continuo. Nel discorso questo aspetto appare come un apprendimento critico per poter andare avanti, un sapere necessario da sviluppare per poter rispondere in modo ottimale alle necessità del momento, che è parte importante anche della competenza professionale.

*Fare poco con il poco che c'è, questa è l'altra riflessione importante che porto a casa. (9, F, I)*

*Ho imparato tanto da questa esperienza: il lavorare in un gruppo più ampio ed eterogeneo, con persone che non si conoscono. Il *sapersi adattare* continuamente a nuove modalità lavorative, il trovare compromessi nel team, il trovare strategie per rendere il lavoro più snello e facile. (23, I, I)*

*Del mettersi in gioco anche in ambienti differenti dal nostro usuale. (28, O, I)*

*Serve una grande capacità di adattarsi alle nuove circostanze, condividendole con i propri colleghi e pazienti. (67, MS, I)*

*Nella nostra professione è importante *sapersi adattare* al cambiamento in maniera dinamica alla situazione, soprattutto in situazioni d'emergenza come questa, dove a volte mancano linee guida ben definite, sui comportamenti da attuare, le quali si vengono a creare in divenire variando rapidamente. (234, I, I)*

#### 4.2.5.1 Arricchimento dell'esperienza lavorativa

L'intensificarsi del lavoro in gruppo, il dover lavorare con altre professioni e in contesti diversi non solo risulta difficile e complesso, porta inoltre in chi scrive alla *scoperta di nuove esperienze*. Si scoprono colleghi, il valore della collaborazione del familiare, e si impara che per poter cambiare è anche necessario saper andare oltre la tradizione. Nel difficile si aprono nuove possibilità e c'è anche chi riconosce che, nonostante tutto, l'esperienza è stata arricchente.

*Scoperta di un mondo di nuovi colleghi e collaboratori sanitari e di loro frammenti di vita normale e condivisa ... esperienze professionali del tutto nuove, apprendimento di nuovi modi di collaborare con altri professionisti sanitari. (1, M, I)*

*Io ho imparato tanto, ho avuto tanto dal Covid-19. Ho avuto solidarietà da parte dei familiari. (13, I, I)*

*Dal punto di vista professionale stiamo imparando che cosa voglia dire portare il meglio della propria esperienza a servizio degli altri senza preoccuparsi minimamente di mantenere intatte le proprie tradizioni. Per cambiare bisogna rompere. (16, I, I)*

Nella prova si scoprono e si valorizzano i talenti, la forza e il coraggio.

*Mi sono meravigliato di come il team che coordino si sia dimostrato sempre all'altezza senza mollare mai nonostante le difficoltà. Questo mi ha portato ad acquisire più rispetto e fiducia e a valorizzare maggiormente i collaboratori. (19, I, I)*

Chi scrive riconosce molti *apprendimenti clinici*, in particolare con l'uso della *tecnologia*, che all'inizio sembrava un limite, soprattutto nella relazione, e che poi si è cercato di sfruttare al massimo. Si riconosce come la tecnologa abbia permesso di mantenere i rapporti nella distanza e che si dovrebbe usare anche in futuro, oltre l'emergenza Covid. Si impara a dare informazioni e ad essere empatici anche per telefono. Il grande numero di pazienti da gestire in remoto ha fatto sì che i nuovi apprendimenti fossero rapidi e potenti.



*Ho imparato a trarre maggiori vantaggi possibili dalla tecnologia che ci è fornita. (8, F, I)*

*Penso che questa modalità possa essere mantenuta anche quando tornati alla "normalità" torneranno le visite. Ha permesso di mantenere rapporti tra residenti e familiari che abitano in altre regioni al di là dell'emergenza Covid. (12. AC, I)*

*Ho appreso in generale l'importanza di garantire su grandi numeri la gestione da remoto. Per quanto riguarda la gestione da remoto, ho appreso a gestire sia gli aspetti relativi alla condizione clinica che emotiva del paziente. La casistica a cui siamo stati sottoposti ha permesso un apprendimento in tal senso. (233, G, I)*

Chi scrive parla dell'aver capito che è necessario essere empatici, di aver scoperto l'empatia nonostante le difficoltà e i limiti imposti dalla situazione. Ecco allora che si decide di superarsi per poter garantire una buona comunicazione nonostante la difficoltà di una relazione in presenza e si apprende una nuova competenza.

*Ho imparato ad essere empatica e a dare informazioni attraverso il telefono. (50, I, I)*

*La comunicazione è molto più di un rapporto di persona. Dobbiamo usare di più le risorse tecnologiche esistenti per il rapporto medico paziente (ZOOM per esempio). (244, M, C)*

*A cercare forme di comunicazione via online. (247, M, C)*

Anche i pazienti e familiari hanno appreso a gestire la tecnologia con maggior autonomia.

*Ora, nella seconda ondata, sembra che i pazienti e i familiari siano più "attrezzati" con tablet e smartphone e le telefonate e le videochiamate vengono fatte maggiormente in autonomia.... (74, I, I)*

Rispetto alla clinica, si riconosce di aver appreso molto *sull'assessment respiratorio avanzato*, ad interpretare in modo diverso segni e sintomi, come l'agitazione o la dispnea; si impara a non sottovalutare ciò che il paziente riferisce. Infine, si riconoscono nuovi apprendimenti rispetto la sedazione in relazione al paziente terminale. Chi scrive narra come sia stato un apprendimento continuo, da ogni storia, da ogni situazione vissuta con i pazienti. La malattia sconosciuta e mortale obbliga chi assiste ad essere molto minuzioso nell'osservare e monitorare segni e sintomi, si osserva che negli anziani ha un decorso molto atipico, si impara ad approfondire, a studiare per poter avere maggiori elementi. Letteralmente chi narra dice che non si può mai “abbassare la guardia” (espressione molto interessante, da riprendere nella discussione).

*La vista. Pare banale ma quanto è importante soffermarsi sulla differenza tra vedere ed osservare. Sono pazienti nuovi per tutti che vanno osservati anche dal punto di vista speculativo e scientifico. Vanno sorvegliati. (16, I, I)*

*Abbiamo capito che l'unica arma che avevamo per aiutare questi pz era garantirgli la miglior respirazione. (23, I, I)*

*Ho imparato a non sottovalutare ciò che il paziente mi riferisce. All'inizio il servizio di igiene pubblica ci aveva detto di considerare sintomi quali raffreddore e febbre. Ricordo ancora quando i primi pazienti invece mi dissero di avere diarrea, congiuntivite, eritema cutaneo; dopo alcuni racconti che riportavano tutti la stessa sintomatologia capii che non dovevo limitarmi al raffreddore ed alla febbre. (94, I, I)*

*Mi è rimasta impressa la velocità con cui si sviluppavano i sintomi, i ritmi con cui dovevano essere assistiti con appropriatezza e in sicurezza per scongiurare il diffondersi dei contagi. (239, I, I)*

*Mi ha insegnato che di fronte a una malattia come quella che affrontiamo oggi, non si può abbassare la guardia ed essere sempre scrupolosi nell'identificare segni clinici di costrizione respiratoria. (252, M, C)*

*La cosa più scioccante è stata affrontare la pandemia e camminare con essa per imparare da ogni caso particolare. (273, M, C)*

*Ho imparato che non c'è più un'IRA semplice, il COVID uccide. (275, M, C)*

*Essere attenti ai cambiamenti clinici dei pazienti, prevedere il peggioramento clinico, risolvere rapidamente le complicazioni. (296, I, C)*

*Ho imparato che studiare è il modo migliore per sapere cosa fare. (317, M, C)*

*Ho imparato quanto atipico si presenti questa malattia negli anziani. (325, M, CR)*

*Ho rafforzato il fatto che i processi patologici sono molto dinamici e che dobbiamo essere attenti a tutto ciò che è nuovo. (367, M, C)*

Anche il dover lavorare con i Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) porta a nuove scoperte.

*Sto riscoprendo quanto siano importanti i sensi. Assistiamo mediate i nostri sensi che, al contrario di quanto si possa immaginare, sono amplificati dai guanti, visiere e tute di protezione. Cosa significa prendere una vena o un'arteria con due paia di guanti. (16, I, I)*

C'è chi scrive che è essenziale ascoltare le idee di tutti i membri dell'equipe, saper copiare le buone idee, e saper improvvisare con responsabilità per poter andare avanti in uno scenario in costante cambiamento.

*Sento che il lavoro di squadra ascoltando le idee di residenti, colleghi e collaboratori, copiare buone idee da altri luoghi e condividere le proprie è fondamentale per ottenere buoni risultati. Non bisogna temere l'improvvisazione responsabile, che è fondamentale in situazioni mutevoli. (462, M, C)*

#### 4.2.6 Sviluppo del ruolo professionale

Macrocategoria	Categorie	Etichette concettuali
Sviluppo del ruolo professionale	Conferma del valore del lavoro sanitario /per sé e gli altri	Vedere con occhi nuovi la propria professione Il valorizzare la propria professione
	Una nuova consapevolezza	Il sentirsi necessari Il saper mettersi in gioco
	Desiderio di un'intensificazione del processo formativo per i sanitari	Formazione come cura del professionista

Chi scrive non parla solo del dolore, dell'incertezza, della paura, del sentirsi impotenti e incompetenti, accanto a tutto ciò si scoprono nuovi aspetti sulla propria professione.

Come si è visto sinora, l'essere immersi nel dolore, paura e sofferenza porta a tutta una serie di conseguenze. Una di queste è il *vedere con occhi nuovi la propria professione*; cosa succede alla persona quando è immersa nel difficile e allo stesso tempo ha un "minimo appiglio" che si è visto essere la relazione con la persona malata o il sentire appoggio e comprensione da parte del collega? Cosa succede a me quando vi è un "noi" professionale che crea un frame di riferimento sufficientemente buono per poter sopravvivere? Riscopro la mia professione, attraverso la scoperta di me, di noi, la resilienza, la capacità di affrontare i problemi, e come si è visto, non è una scoperta individuale, diventa una riscoperta collettiva.

C'è chi riscopre e riconferma l'amore per la propria professione, nonostante le difficoltà e la stanchezza.

*Penso di avere avuto l'ennesima conferma dell'amore che provo per il mio lavoro. È stata una delle esperienze più provanti e difficili fisicamente della mia vita grazie alla quale, ho maledetto e benedetto ciò che faccio tutti i giorni. Ma non cambierei niente, mai. (14, I, I)*

*Ho capito che nonostante tutto mi piace il mio lavoro e che le relazioni tra colleghi sono importanti per aiutarsi tra di noi. (36, I, I)*

*Questa è la professione che amo e non la cambierei per nulla al mondo. (312, I, C)*

Si riconosce anche che i sanitari hanno saputo mostrare tutta la loro professionalità e forza nell'affrontare una situazione drammatica.

*Però nonostante tutto...la nostra professione ha manifestato di poter sostenere cambiamenti repentini e sacrifici importanti che mai prima si erano visti...dimostrando quella forza e quella potenza che realmente come professionisti abbiamo. (93, I, I)*

La situazione vissuta rafforza la consapevolezza *del valore delle professioni di cura* per la persona e per la società. Ecco allora che ci si auspica per il futuro di poter avere maggior presenza e voce nelle politiche.

*Credo che questa emergenza abbia mostrato con chiarezza l'importanza delle professioni di cura. (...) Purtroppo, le professioni di cura non hanno una sufficiente considerazione per poter esprimere al massimo le proprie potenzialità nella gestione del quotidiano e delle emergenze. Abbiamo una responsabilità che va oltre il nostro agire quotidiano con professionalità. Dobbiamo guadagnare autorevolezza nella società, nei confronti della politica e delle scelte sociali ed economiche. (62, I, I)*

*In futuro mi auguro che eventi di questa portata vengano affrontati in modo più serio, premiando effettivamente chi ha lavorato, chi ha sudato per organizzare (l'organizzazione in emergenza è importante tanto quanto, o forse di più di chi è in prima linea), chi non si è risparmiato. (97, I, I)*

*L'importanza della sanità pubblica, del personale preparato e attento. L'importanza dell'empatia e di riconoscere i limiti. (183, I, I)*

*Mi sono reso conto che siamo un punto molto importante per l'umanità, svolgiamo un ruolo molto importante quando dobbiamo aiutare a salvare la vita degli altri senza trascurare la nostra, perché qualsiasi rottura in qualche punto della cura che dobbiamo*

*avere può mettere in scacco la cura dei pazienti. (319, I, C)*

*Sicuramente il ruolo del medico è anche quello di saper gestire le ansie del paziente e della sua famiglia, aiutandolo a capire come stanno davvero le cose senza gli allarmismi da titoli sui giornali. Per i bambini il covid non è un virus molto pericoloso in sé, ma da quello che ho visto hanno subito anche loro molti "effetti collaterali". (68, MS, I)*

*Per la mia professione...che per l'ennesima volta siamo ancora troppo deboli, legati al passato e ai passati modi di fare...e alla classe medica. Però nonostante tutto...la nostra professione ha manifestato di poter sostenere cambiamenti repentini e sacrifici importanti che mai prima si erano visti...dimostrando quella forza e quella potenza che realmente come professionisti abbiamo. (93, I, I)*

#### **4.2.6.1 Una nuova consapevolezza**

In questo contesto emerge qualcosa di buono, che fa sentire bene. Nonostante ci si senta incompetenti sul profilo clinico, si senta frustrazione e spesso colpa, il paziente, la persona che si assiste, rivela che si è *fortemente necessari*, non importando il risultato. Dalle parole di chi narra si evidenzia come evento memorabile, l'essere stati "tutto" e l'essersi sentiti "necessari" per il paziente.

*Siamo stati tutto per i nostri pazienti isolati, senza il supporto dei famigliari. 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. (45, I, I)*

*Mi sono sentita fortemente "necessaria" e "d'aiuto" per l'esperienza di ogni donna*

*che da sola si ritrovava ad affrontare questo delicato momento. (51, O, I)*

*La differenza è stata fatta dal supporto gli uni verso gli altri e dalla consapevolezza che i malati di COVID - 19 potevano avere solo il nostro sostegno. (62, I, I)*

*La difficoltà per i pazienti di non poter vedere i propri familiari e di non poter parlare con loro, molti si sentivano soli e noi sanitari eravamo i soli con i quali si potevano confidare. (98, I, I)*

*La sua richiesta di sedermi 5 minuti accanto a lui. (108, I, I)*

*Supportare i familiari che non hanno potuto vestire e salutare un loro caro deceduto per COVID. (109, P, I)*

*Il sapere che tu professionista eri fondamentale e importante nella presa in carico al telefono, nel dispensare informazioni consigli e suggerimenti. (231, I, I)*

Nonostante tutto, c'è una motivazione interna al *mettersi in gioco* anche per rispondere alla fiducia riposta dai pazienti nel personale sanitario.

*Penso alla capacità che hanno avuto tutti i sanitari di mettersi in gioco in un campo sconosciuto. Di quanto lavoro ci sobbarchiamo per coprire colleghi ammalati o per portare avanti un lavoro malgrado ci abbiano sequestrato parte del personale. (213, I, I)*

*Nei mesi seguenti credo che quasi tutti gli operatori sanitari abbiano imparato a rimboccarsi le maniche e dare il meglio. (177, I, I)*

*Nulla di nuovo dal punto di vista relazionale ma un rinforzo positivo per quanto concerne la fiducia posta in noi sanitari dai pazienti. A dimostrazione di quanto sia importante mantenere attiva la persona assistita. (208, I, I)*

In particolare, sulla professione infermieristica si riconosce il grande contributo che può offrire.

*Dal punto di vista più specifico degli infermieri, l'anno 2020 che era stato formalmente dedicato a loro dall'OMS, ha messo in risalto più di qualsiasi celebrazione il contributo che questa professione offre ai servizi sanitari ed alla società in generale. E quanto può offrire ancora. Dovremmo ricordarlo sempre. (222, I, I)*

C'è anche chi riconosce di essere stato in grado di offrire professionalismo e *leadership* adeguate a creare un ambiente di lavoro positivo.

*Che la mia professionalità è stata fondamentale per il benessere delle persone che seguivo e nel mantenimento di un buon clima di lavoro. (118, I, I)*

*Ho rafforzato la mia capacità di leadership. Penso che guarderò con molta più attenzione nel futuro ad aspetti riguardanti la salute pubblica. (155, G, I)*

*Sono riuscito a comunicare con chiarezza con il personale e dar loro la sicurezza di cui avevano bisogno. (348, I, C)*

#### **4.2.6.2 Desiderio di un'intensificazione del processo formativo per i sanitari**

Si ritiene indispensabile che il professionista della salute sia in costante formazione non solo per avere le competenze tecnico-scientifiche specifiche di una patologia nuova, ma anche in relazione alle competenze trasversali, come il lavorare sulla flessibilità, la pianificazione, il poter reagire con velocità, il poter essere pronti per poter reagire al meglio di fronte agli imprevisti e il poter gestire l'ansia che ne deriva. Ne scaturisce una grande necessità di investimento nella formazione continua, che viene vista anche come una forma *di cura del professionista*

*Credo che i professionisti abbiano bisogno di supporto nel cambiamento, perché non sempre le decisioni che sono chiamati a prendere dipendono direttamente da loro. (21, I, I)*

*Dovremmo essere più formati nella gestione psicologico di questi eventi. Come affrontare l'ansia e il distress causato dagli eventi sconosciuti. (37, I, I)*



*Cercare informazioni da fonti sicure e aumentare le proprie conoscenze nel campo scientifico e biologico. (48, F, I)*

*Ho imparato che il lavoro di squadra porta a molti risultati, che nonostante il periodo di incertezza bisogna cercare le migliori evidenze e mantenersi aggiornati per poter affrontare ciò che ci si presenta, le novità e che la nostra professione ha bisogno di mantenersi aggiornata alle ultime evidenze, a saperle leggere e interpretare. (63, I, I)*

*Il mio suggerimento è di investire sul capitale umano, incrementare la formazione non solo sulle nozioni medico scientifiche ma anche sulle skills trasversali che spesso sono fondamentali nella società d'oggi. (73, O, I)*

*È necessario convogliare le forze per gli inserimenti dei neoassunti, essere lungimiranti, programmare a lungo termine. Coinvolgere gli infermieri anche in una progettazione. (96, G, I)*

*La risposta sui DPI è stata sicuramente forte mentre sugli altri argomenti mi sento ancora in balia di autogestione da parte di ognuno di noi senza sapere se è corretto o no. Il vissuto è quasi di rassegnazione alla situazione. (205, I, I)*

*Il non conoscere, non essere preparati crea molta incertezza e questo soprattutto nella nostra professione è, a mio parere, molto negativo. Noi dobbiamo sentirci sicuri x trasmettere al paziente fiducia e permettergli di affidarsi a noi ed essere più sereno nell'affrontare la malattia. (217, I, I)*

*Credo o piuttosto spero che questa pandemia ci abbia insegnato qualcosa rispetto alla necessità di pianificare meglio le attività di risposta alle emergenze, dalla formazione al reclutamento del personale alle scorte di materiali. Andare in guerra impreparati o peggio, senza armi, è un massacro per tutti. (222, I, I)*

*Mantenere la temperanza, mai abbassare le braccia al continuo studiare e sempre imparare cose nuove crescere professionalmente e superare le avversità. (311, I, C)*

#### 4.2.7 La necessaria trasformazione del servizio sanitario

Macrocategoria	Categorie	Etichette concettuali
La necessaria trasformazione del servizio sanitario	Desiderio di una nuova classe dirigente/ di una leadership riconoscente e partecipativa	Necessità di una dirigenza qualificata Necessità di una dirigenza sensibile
	Indicazioni per una trasformazione del servizio sanitario	Trovare nuove strategie

In questo tema emerge tutta la forza degli apprendimenti generati sul campo, durante il periodo COVID-19, di quello che non è stato e che si avrebbe voluto. È un tema critico per ripensare al futuro, chi scrive esprime la speranza che le istituzioni possano valorizzare lo sforzo e il forte contributo dei professionisti. In particolare, che sappiano ascoltare e dare spazio a tutti i membri del *team work*.

Un primo sottotema che emerge è il desiderio di *una nuova classe dirigente qualificata e sensibile*. Il personale si è sentito molto solo. Vi è il grande desiderio di una classe dirigente che possa essere rinnovata e che possa essere vicina, che sappia ascoltare e valorizzare il personale, a tutti i livelli. Chi scrive dice che è necessario curare i rapporti tra i professionisti, il benessere del personale. Che il personale non può essere abbandonato, lasciato solo in circostanze così estreme. Si sente che la leadership non è stata capace di reagire, di organizzare, di dare istruzioni chiare e precise, si è sentita poco presente e incurante. Tutto questo ha generato sconforto e aumentato l'incertezza. Riconoscono come una strategia chiave per evitare la confusione il modificare l'organizzazione, che sia più flessibile, il poter contare con un piano di contingenza per eventuali future emergenze, migliorare il flusso delle informazioni e soprattutto garantire formazione specifica per permettere a un'organizzazione di poter mutare e adattarsi a un nuovo evento inatteso, in un tempo rapido e attraverso l'impegno dei professionisti che vi lavorano.

Chi è stato in prima linea sente uno scollamento rispetto alle decisioni prese a livello di direzione e l'essere stati poco considerati e riconosciuti. I professionisti si sono sentiti molto soli, abbandonati, poco valorizzati, anche a livello economico. Anche chi ha avuto un ruolo di coordinamento sente che non ha ricevuto supporto, solo ha sentito pressione. Questo aspetto emerge soprattutto da parte degli infermieri italiani.

*Evidente estraneità dalla realtà del lavoro in reparto da parte di alcune figure professionali/organizzative aziendali, con esempi di superficialità, almeno nel corso della prima ondata della malattia, e di banalizzazione dei rischi sostenuti dal personale, comportamenti che hanno concorso ad accentuare il distacco tra questi dirigenti e gli operatori in prima linea e tale da costringere questi ultimi a ricorrere all'aiuto di sindacati e/o legali di fiducia per vedere riconosciuto diritti di tutela da parte del datore di lavoro. (1, M, I)*

*Spero che questa esperienza possa dare vita ad una classe dirigente rinnovata, che tra le altre cose possa dare il giusto peso all'incertezza. Che possa fare dell'ascolto sincero lo strumento principale per governarla. Che possa accogliere e valorizzare gli apprendimenti di tutti i ruoli professionali a tutti i livelli. (16, I, I)*

*Curare i rapporti tra professionisti, il benessere del personale e la leadership giochino un ruolo fondamentale". (22, I, I)*

*I momenti difficili, in ospedale per acuti, purtroppo sono presenti tutti i giorni. La difficoltà è stare da sola e affrontare i problemi, senza che ci sia stata un'organizzazione aziendale capace di far lavorare i dipendenti (operatori sanitari) in una situazione di tranquillità lavorativa e mancanza di informazione. Tra i momenti difficili è stato lo scontro con il coordinatore del servizio che non voleva fornire i presidi adeguati per lavorare, nonostante il numero crescente di colleghe che si ammalavano. (24, D, I)*

*La cosa che forse avrebbe cambiato il nostro modo di affrontare le cose sarebbe stato vedere chi stava sopra di noi un po' più orientato nelle scelte da prendere, mettendoci di fronte alla situazione in modo chiaro con dei briefing mirati a dare istruzioni chiare di cosa avremmo dovuto affrontare! Questo non è avvenuto né alla prima ondata né*

*prima della seconda, dando sconforto e impreparazione. Questo è quello che avrei voluto io, e spero possa migliorare il modo di affrontare le difficoltà che ci aspettano nel futuro. (29, I, I)*

*Quanto una comunicazione continua, chiara e precisa, da parte di persone designate alla leadership, sia determinante ai fini del buon raggiungimento dello stesso con soddisfazione da parte del gruppo anche in caso di risposte negative e asperità. (44, I, I)*

*Che la disorganizzazione manda in crisi tutti, essere organizzati sarebbe meglio soprattutto dopo mesi e mesi di pandemia, la paura non aiuterà mai nessuno. (39, I, I)*

*La parte più complessa è stata l'incertezza che è prevalsa in tutta questa emergenza, in modo particolare dalle poche informazioni forniteci dai nostri superiori. (63, I, I)*

*Tanta solitudine, del paziente, delle famiglie, degli operatori sanitari. Noi lasciati soli a noi stessi a gestire aspetti che prima ci passavano accanto e che ora ci attraversano in pieno, senza supporti da parte dell'azienda. Con una richiesta maggiore di responsabilità vista la sproporzione tra infermieri esperti e neoassunti. Abbiamo in carico pazienti e famiglie con le loro angosce, colleghi giovani impauriti, noi stessi fragili. In me una crescente tristezza, demotivazione. Troppi morti e nessuno (delle aree gestionali) chiede mai come stiamo ma chiedono competenza ed energia per noi e per chi arriva nuovo. (95, I, I)*

*La nostra professione è fondamentale e non è abbastanza valorizzata ...né remunerata nei giusti modi ...si dovrebbe puntare più nei propri professionisti e valorizzare la figura che ricopre nei giusti modi. (124, I, I)*

Tra le risposte dei dirigenti e personale con posizioni di leadership, si ritrovano riflessioni che denotavano una forte preoccupazione per il personale e per i pazienti. In chi risponde c'è coscienza che il sistema non riusciva a far fronte alla crisi sanitaria, della mancanza di risorse, sia umane che materiali e che la collaborazione e la proattività siano le uniche risposte possibili.

*La necessità di supportare organizzativamente ed emotivamente gli operatori. (11, G, I)*

*Profondo sconforto quando i decessi degli ospiti sembravano non arrestarsi malgrado tutte le misure di contenimento intraprese. (17, G, I)*

*Ho capito che l'uomo a volte è impotente di fronte alla natura, ma anche che di fronte ad alcuni problemi l'unica strada è quella di mettere da parte gli egoismi e concentrarsi sulle proprie potenzialità per ottenere quei piccoli risultati che sommati tutto insieme ci porteranno a vincere questa sfida. (17, G, I)*

*aumento esponenziale di pazienti in condizioni critiche in un periodo di tempo molto stretto a fronte di una ridotta capacità di far fronte alla presa in carico con la necessità di riorganizzare velocemente modelli assistenziali e setting di cura. Percezione diffusa di sgomento e incertezza e ansia per il futuro. (81, G, I)*

*Bisogna sviluppare capacità di previsione e proattività, mantenere relazioni sane e costruttive e aumentare l'integrazione e i rapporti di collaborazione tra strutture e professionisti. (81, G, I)*

*Mai avuto dubbi sul fatto dell'esserci, mai avuto paura. (130, D, I)*

*ho appreso in generale l'importanza di garantire su grandi numeri la gestione da remoto. Per quanto riguarda la gestione da remoto, ho appreso a gestire sia gli aspetti relativi alla condizione clinica che emotiva del paziente. La casistica a cui siamo stati sottoposti ha permesso un apprendimento in tal senso. (233, G, I)*

#### **4.2.7.1 Indicazioni per una trasformazione del servizio sanitario**

Come si è visto in “Vissuti affettivi”, l'isolamento dei pazienti è stato vissuto in modo molto doloroso da parte dei professionisti della salute. Coerentemente con questo, chi risponde desidera che in futuro si debbano trovare nuove strategie per evitare l'isolamento dei pazienti, come ad esempio mettere a disposizione dei familiari i dispositivi

di protezione individuale perché possano fare visita ai loro congiunti. Inoltre, si dovrebbe potenziare la comunicazione attraverso la tecnologia, con uso di smartphone, tablet, computer e potenziare le videochiamate; dopo un primo smarrimento iniziale, si vede nella tecnologia una grande risorsa. Chi scrive propone che vi sia una persona dedicata al mantenere i familiari informati e in comunicazione costante con la persona cara. Inoltre, dovrebbe essere più semplice poter reperire le informazioni sullo stato di salute del paziente; quindi, si desidera facilitazione per informare i familiari e per reperire informazioni da parte del gruppo di lavoro.

Si riconosce che il servizio sanitario si è trovato impreparato di fronte alla pandemia, sia nella prima che nella seconda ondata: non si possono improvvisare provvedimenti che non sono stati pianificati. Si propone la formazione di unità operative di emergenza che si possano attivare quando necessario.

*Penso che sia importante trovare delle strategie per sopperire alle mancanze, all'isolamento, al distanziamento dai pazienti. (21, I, I)*

*Le informazioni sullo stato di salute di un degente devono essere più semplici da reperire per gli operatori, per far in modo di intervenire precocemente ed efficacemente. (24, D, I)*

*Credo che nei lunghi mesi successivi e soprattutto in vista della “seconda ondata”, che è iniziata e che sembra non finire mai, avremmo dovuto fare di più e meglio per garantire il contatto dei pazienti con i propri cari. (222, I, I)*

*L'informazione è cruciale per evitare più decessi. (248, M, C)*

*Vedere che non eravamo preparati per una situazione del genere, che le persone si contagiavano e l'isolamento dei loro cari. (254, I, C)*

Per situazioni simili future, si propone di trovare alternative all'ospedalizzazione del paziente, dove la separazione dai propri cari e l'isolamento sono stati definiti come causa di aggravamento e sofferenza. Si propone di utilizzare meglio e maggiormente l'assistenza domiciliare, soprattutto per gli anziani.

*Offrire più assistenza domiciliare, soprattutto agli anziani, che continuano a recarsi in ospedale anche per prestazioni non necessarie e/o urgenti. (24, D, I)*

*Organizzare meglio il trattamento dei pazienti a domicilio, aumentare il lavoro dei medici di famiglia perché si sono rifiutati di vedere i pazienti. (39, I, I)*

*E quante cure si possono garantire a domicilio rispetto a quanto si è fatto sino ad ora. (222, I, I)*

*Il beneficio per il paziente che può essere curato a casa accanto alla famiglia. Non sentono segregazione. (266, M, C)*

Chi scrive sente che è mancato uno spazio per poter raccontare, condividere i vissuti, per poter così risignificare e dare un senso. La cura dei professionisti, il poter raccontarsi per risignificare e dare valore ai vissuti e restituire gli apprendimenti all'azienda. Il sentirsi riconosciuti nella propria esperienza, il dare voce a vissuti che possono costruire nuovi saperi e competenze da poter valorizzare da parte dell'azienda per un futuro migliore per tutti.

*Non sono stata in grado di dare a tutti il supporto che avrebbero meritato perché in alcuni momenti avrei avuto bisogno di aiuto anche io. Se avessi avuto più strumenti (gestione dell'ansia, sistemi di videochiamata, incontri di debriefing) forse avrei potuto dare maggior sostegno. Credo che il confronto e il racconto dei nostri vissuti, il riparlare insieme delle situazioni più impegnative avrebbe fatto bene a tutti noi, come persone e come professionista della salute. (236, I, I)*

Emerge anche che la dirigenza nell'emergenza non ha saputo valorizzare e “vedere” alcune persone che per anzianità di servizio probabilmente avrebbero avuto bisogno di una certa considerazione. È mancata empatia e considerazione verso di loro.

*Mi sarei aspettata ma non solo io che dai vertici ci fosse stata un po' di più di riconoscenza, a volte basta anche solo una parola. Una collega con 35 di lavoro non si è sentita di affrontare la seconda ondata. Ed aveva chiesto di essere spostata: risposta*

*no. Si è licenziata, parliamo di una persona che non ha mai dato problemi, una professionista. Questo è deludente. (98, I, I)*

*Spero nella comprensione /empatia dei nostri dirigenti al fine di ascoltare le richieste di mobilità di infermieri con anzianità di servizio superiore ai 30 anni che richiedendo trasferimenti in altri servizi vengano soddisfatti al fine di incentivarne la professionalità. Vederli come professionisti e non taciti esecutori. (173, I, I)*

C'è anche chi dice che passato il momento, probabilmente tutto ritornerà come prima, con poca attenzione a chi deve lottare quotidianamente con la mancanza di risorse, tempo, appoggio. C'è chi dice che ne sono usciti “con un pugno di mosche”.

*La solidarietà di chi ci chiamava eroi mi ha fatto emozionare, anche se poi, alla luce dei fatti, ne siamo usciti con un pugno di mosche come categoria senza nessun riconoscimento morale, pubblico od economico. (187, I, I)*

Questa pandemia dovrebbe far riflettere e far ripensare completamente al sistema delle cure e come possa nella progettazione mettere al centro anche il benessere delle persone.

#### **4.3 Narrazioni complete: alcuni esempi**

Sono state scelte alcune narrazioni complete, che sembrano molto esemplificative del periodo vissuto.

*Ci sono dei vissuti legati alla mia esperienza in un reparto Covid durante la prima ondata che ho recuperato dal mio diario. Il primo: "dal punto di vista professionale stiamo imparando che cosa voglia dire portare il meglio della propria esperienza a servizio degli altri senza preoccuparsi minimamente di mantenere intatte le proprie tradizioni. Per cambiare bisogna rompere. Punto. Se no è come quando provi a tenere attaccata una medicazione. Ci puoi anche provare con gli steril strip (punti di carta) ma non funziona mai. Per cambiare devi togliere quella medicazione e metterne una nuova. Punto. Questo è forse l'insegnamento più grande di questi giorni". Il secondo: "sto riscoprendo quanto siano importanti i sensi. Assistiamo mediate i nostri sensi che, al contrario di quanto si possa immaginare, sono amplificati dai guanti, visiere e tute di protezione. Cosa significa prendere una vena o un'arteria con due*



paia di guanti. Prendersi il tempo per farlo.

*Un senso tra tutti... la vista. Pare banale ma quanto è importante soffermarsi sulla differenza tra vedere ed osservare. Sono pazienti nuovi per tutti che vanno osservati anche dal punto di vista speculativo e scientifico. Vanno sorvegliati per capire come si adattano alla ventilazione non invasiva, ad un nuovo presidio, come riprendono la deambulazione dopo 20 giorni di riposo a letto forzato.*

*Forse il tema di riscoperta più importante di tutti nell'assistenza è la sorveglianza." Poi c'è il vissuto attuale. A differenza di prima quando ero sicuro di lavorare con pazienti infetti, tornato da tempo nel mio reparto di appartenenza, il vissuto più destabilizzante penso sia legato all'incertezza. L'incertezza accompagna la mia quotidianità da considerazioni più semplici (sarà davvero un tampone negativo? Basterà l'antigienico? Avrò adottato tutte le precauzioni correttamente?), a pensieri più complessi che hanno a che vedere con il dualismo con la scienza che pervade il nostro agire. Troppe volte eludiamo il tema della prognosi, che smaschera in pieno la nostra inadeguatezza a governare l'incertezza. La fatica di un pensiero che guarda avanti, che traccia traiettorie e che contempla anche l'incertezza, che fatichiamo a condividere tra di noi e soprattutto con i pazienti." (16, I, I)*

*Tra i momenti più complessi vi è sicuramente l'assistenza ai pz critici e instabili con necessità di intervenire precocemente per capire chi meritasse di cure più intensive. Ricordo i primi giorni di marzo come quelli più difficili dal punto di vista psicologico... non so quanti pz mandati in rianimazione intubati... tanti anche non tornavano... un altro aspetto difficile è stato il senso di frustrazione: lavoravamo come non abbiamo mai lavorato cos' intensamente, eppure ci sembrava di non arrivare mai a ottenere risultati sui pazienti ... stavano malissimo. Quando poi abbiamo capito che l'unica arma che avevamo per aiutare questi pz era garantirgli la miglior respirazione (presidi giusti di ventilazione, adeguata ossigenazione, supporto nelle attività perché con nulla diventavano dispnoici ed astenici), mobilitarli e pronarli... l'infermieristica è diventata molto un ritorno al garantire le funzioni vitali principali. Io mi sono sentita molto infermiera... serviva gran poca tecnica: le terapie erano semplici e ridotte all'osso... Il massimo del tecnicismo erano i prelievi... venosi e arteriosi... quelli erano numerosissimi... Per il resto è stato un sostegno nella mobilitazione, respiro, alimentazione, idratazione...e supporto... tanto supporto e vicinanza... perché erano soli... sempre: sia quando le cose andavano bene, sia quando andavano male che dovevamo accompagnarli. Immagino e conosco lo strazio dei famigliari a casa... anche io ho perso due zii con il Covid e non ho potuto vederli... e aspetti a casa ore e ore la chiamata del medico ... (23, I, I)*

*Nel giro di un giorno, ho cambiato mansione: da un ufficio che si occupa di attività infermieristiche in ambito organizzativo alla corsia. Questo non mi ha destabilizzata, ero uscita da pochissimo dalla clinica; quello che non conoscevo era il quadro del paziente Covid: che tipo di assistenza necessitavano, a cosa prestare attenzione, ... Ho avuto subito modo di capirlo. Il mio ruolo era, di occuparmi della ventilazione non invasiva (NIV) di questi pazienti, ed in stretta collaborazione degli pneumologi di valutare quando il paziente COVID era candidato a NIV, o quando questa non era più sufficiente ed era necessario intubare il paziente. L'assistenza infermieristica individualizzata, a cui ero abituata è stata totalmente dimenticata; il*

*rapporto di care, tra infermiere e paziente, annullato quasi totalmente, dai vetri delle stanze che separavano il corridoio "pulito" dalla zona sporca. Le tute ed i DPI hanno fatto il resto. Si entrava nelle stanze lo stretto necessario, concentrando molte attività assieme (gli orari delle flebo, spesso fonte di discussione con i medici, di colpo sono diventati variabili; la somministrazione avveniva quando entravamo in stanza per altro: distribuzione dei pasti, la terapia orale, il giro letti.). I pazienti rimanevano soli la maggior parte del tempo, o meglio scrutati intensamente dal corridoio, come fossero in vetrina. Si cercava la collaborazione con i pazienti più giovani, e quelli che non erano monitorizzati si auto misuravano la spo2 e la FC e ci mostravano i risultati. I pazienti più anziani hanno sofferto moltissimo. Provo ancora molta tristezza, e mi si gonfiano gli occhi tutte le volte che ne parlo o ricordo quei giorni. Persone anziane che entravano come autosufficienti, con febbre altissima che non si abbassava, sottoposte ad alti flussi di ossigeno, diventavano totalmente disorientati e nel giro di pochi giorni cadevano nel baratro di un declino non arrestabile. Noi infermieri, come tutto il personale sanitario, assistevamo molte volte impotenti a questo. La NIV necessita di un'altissima assistenza, che spesso non si riusciva a garantire; se il paziente non tollerava la maschera, o le altre interfacce disponibili le vie erano due: si tentava con la somministrazione di puro ossigeno; se le condizioni lo avessero permesso sarebbe stato intubato. Ricordo ancora il momento in cui sono entrata da un paziente per togliere il ventilatore ed il monitor. Il medico, che mi guardava dai vetri, stava chiamando la moglie per dire che il paziente non ce l'avrebbe fatta. Quando ho finito il turno, respirava ancora. è deceduto verso mezzanotte. Solo. Pochi giorni dopo si iniziò ad utilizzare l'eparina a tutti i pazienti ed il cortisone: la situazione cambiò decisamente, gli effetti si videro subito. Penso spesso a quel paziente. Forse le cose sarebbero potute andare in modo diverso. (32, I, I)*

*Inizialmente, a marzo e ad aprile, il sentimento sperimentato in primis e con maggior intensità era la paura. Paura di dover affrontare una malattia di cui si sapeva poco niente e per cui i cambiamenti organizzativi e del gruppo di lavoro erano all'ordine del giorno. Una situazione che richiedeva uno sforzo di flessibilità e adattamento triplicato rispetto a quello usuale, in una condizione di continua incertezza e in cui la comunicazione era spesso frammentata e poco chiara. Paura e senso di impotenza per i colleghi che si ammalavano, paura di poter ammalarsi e contagiare i propri familiari associata a rabbia per la persistente carenza dei dispositivi di protezione nonostante le continue richieste e i solleciti. Poi è subentrata la frustrazione dovuta all'impossibilità di poter essere vicini ai pazienti e assisterli con la filosofia che caratterizza il nostro lavoro garantendone la dignità soprattutto nel fine vita. Ammetto che questo vortice di emozioni più volte ha tentato di minare l'equilibrio psicofisico di ognuno di noi e mettere in discussione le motivazioni alla base della nostra scelta lavorativa. Fondamentale è stato il supporto del gruppo anche se insieme spesso ci siamo sentiti soli ad affrontare tutto. Questa situazione ha fatto emergere l'impreparazione e l'inadeguatezza, frutto di anni di tagli e di logiche puramente aziendalistiche, del sistema sanitario a fronte di una situazione di emergenza. Con l'arrivo della seconda ondata, per noi peggiore della prima, il riemergere di certe emozioni all'inizio è stato pesante ma stavolta, probabilmente a causa di una consapevolezza maggiore, stanchezza e disillusione si sono sostituite a rabbia e paura. (44, I, I)*

*LA RELAZIONE CON PAZIENTI E FAMIGLIARI IN TERAPIA INTENSIVA: un pomeriggio un paziente intubato, Vittorino, aveva espresso la volontà di videochiamare la moglie e i figli per poterli rivedere e salutare. Sono rimasto inizialmente stupito, siamo stati così concentrati sul risolvere situazioni estreme, monitorare parametri e preparare farmaci che mi ero completamente dimenticato dei famigliari. Ho pensato "Chissà come riuscirà senza nemmeno parlare... magari sarà una videochiamata breve, un ciao, un saluto, un tutto bene e un pollice alzato...". Così, anche con entusiasmo, mi sono preparato per quella che credevo fosse un minuto di saluti brevi. Seleziono il contatto della moglie e parte la chiamata. La moglie era raggiante, e stava chiamando a raccolta anche i figli, che piano piano andavo ad occupare tutto lo schermo del tablet. Inizialmente si sentiva il disagio, forse anche quello dei famigliari non riuscendo a parlare direttamente con il paziente. Non sapevo come fare, come comportarmi. Pensavo che questo fosse un momento intimo, solo loro. cercavo di spronare il paziente, a salutare con la mano, a rispondere sì o no con la testa... ma più cercavo di spronarlo più mi sembrava inopportuno. Che fare? Chiudere la chiamata? Alla fine, mi sono lanciato, e ho cominciato a raccontare la giornata del paziente ai famigliari, cosa aveva fatto come lo vedevo oggi. Cercavo di mantenermi nel bordo esterno dell'inquadratura, per lasciare spazio al paziente ... e lentamente anche con i figli si è iniziato a scherzare. Sul viso di Vittorino alla fine andava a disegnarsi un leggero sorriso, un po' tirato di lato a causa del tubo, ma decisamente un sorriso e quello che pensavo sarebbe stata una chiamata di pochi minuti alla fine furono dieci minuti di chiamata. A fine chiamata, la moglie e i figli ringraziano, salutano con la mano e Vittorino abbozza un leggero bacio per la moglie. Non ce ne siamo nemmeno accorti, ma era evidente che ci mancava proprio un momento di parole, chiacchiere e scherzo. A fine chiamata eravamo tutti più tranquilli e sereni. E io non potevo, dietro la maschera e la tuta, che ringraziarli per un momento di normalità. (87, I, I)*

*Penso spesso a una situazione particolare: siamo tre colleghe con 17 malati di rianimazione da gestire, in tempi normali saremmo in 8, ma visto il periodo siamo solo in 3, a gestire malati tutti delicatissimi. Per fortuna almeno siamo tre colleghe della rianimazione, non personale di altri reparti che di rianimazione non sa nulla. Io devo seguire una stanza con 5 malati, le mie due colleghe la "rianimazione centrale" con altri 12 malati. Mi allontanano dalla mia stanza, adiacente alla rianimazione centrale, per aiutare le mie colleghe, dal momento che per ora la situazione sembra stabile nella mia "stanza". Stiamo eseguendo le cure igieniche (è il turno di notte), perché pomeriggio non c'è stato tempo di effettuarle per il susseguirsi incessante di urgenze (e comunque anche in pomeriggio erano in 3 infermieri e basta), pertanto i malati sono rimasti nei propri escrementi per ore e ore. Ne approfittiamo di un momento in cui non suonano monitor (attenzione, non è un momento di calma, è appena un momento in cui non suonano monitor, ventilatori o pompe infusionali). Sto aiutando le mie due colleghe a girare un malato per pulirlo, quando una collega, da fuori area Covid, cerca di attirare la nostra attenzione perché sente un ventilatore che allarma incessantemente ("allarme di crisi") provenire dalla "stanza" che seguo io. Per fortuna stiamo pulendo un malato che fisicamente si trova vicino all'area pulita; pertanto, vediamo e sentiamo la nostra collega da fuori che richiama la nostra attenzione. Mi basta avvicinarmi a lei, per capire già cosa intendesse dirmi, la vedo indicarmi la stanza e già sento il ventilatore che suona allarme di crisi, non ascolto*

nemmeno la collega, mi reco di corsa nella stanza, dove si è disconnesso il circuito del ventilatore dal paziente, e non sta più ventilando, la saturazione è già scesa. Lo riconnetto all'istante e gli erogo una  $fiO_2$  al 100% per alcuni minuti, per compensare un po' la carenza di ossigeno. Per fortuna il malato si ripiglia subito, è andata bene che era l'unico malato della stanza in grado di respirare autonomamente per alcuni minuti! Ma mi tormenta pensare che se si fosse disconnesso il circuito del ventilatore del suo vicino di letto, un uomo giovane di 42 anni, profondamente sedato e curarizzato, probabilmente sarei arrivata tardi, nonostante mi fossi assentata per appena 5 minuti, e l'avrei trovato in peri-arresto cardiocircolatorio, con tutte le conseguenze che ne derivano (attivare la rianimazione cardio-polmonare, un medico che deve urgentemente entrare in area Covid, gli altri malati lasciati nuovamente a se stessi perché noi siamo impegnate in un'urgenza ecc. ecc...). L'idea di cosa poteva succedere, mi tormenta ancora, e penso a come mi sarei sentita enormemente in colpa per il resto della vita se quell'uomo non ce l'avesse fatta. Come raccontarlo alla moglie e alla figlioletta di pochi anni che lo attendevano a casa? Che il papà era morto perché non c'erano abbastanza infermieri per assisterlo? (103, I, I)

Durante la cosiddetta "prima ondata" ho lavorato in ospedale in medicina sub-intensiva, che ospitava 14 pazienti ventilati in modo non invasivo e costantemente monitorati. Preciso che non si trattava del mio contesto di lavoro abituale (che era una medicina a media intensità di cure). I pazienti ricoverati giungevano in ospedale in condizioni drammatiche, con scambi respiratori tali che in condizioni diverse, sarebbero stati direttamente intubati o comunque ricoverati subito in rianimazione. Quindi una delle sensazioni che ricordo più viva e condizionante, era il mio senso di inadeguatezza rispetto al servizio che ero chiamata a svolgere. Questa sensazione era vissuta anche dal resto dei miei colleghi che abitualmente operavano con pazienti instabili, di fronte alle sfide che una patologia sconosciuta e così aggressiva poneva a tutta l'equipe, ma questo non faceva che amplificare il mio senso di incapacità. Ho cercato per quanto potevo di imparare, di prepararmi, ma vivevo la situazione con la costante paura di commettere errori o omissioni, di non essere all'altezza. Ricordo gli sguardi terrorizzati dei pazienti durante gli attacchi di dispnea. Le continue complicanze trombo-emboliche ed il declassamento, rapido, talvolta così improvviso e drammatico, delle loro condizioni generali. Nel giro di una settimana c'erano persone che diventavano fisicamente irriconoscibili. E purtroppo la loro sofferenza per l'impossibilità di avere dei familiari vicino. La disperazione di questi familiari al telefono. I nostri tentativi di colmare queste solitudini. Quanto li capivo, non avrei mai accettato di separarmi da un familiare malato o addirittura morente e mi costava moltissimo far rispettare questo divieto di farli incontrare. Ricordo la madre di due ragazzi di 16 anni, due gemelli, senza alcuna patologia di base, ricoverati entrambi in condizioni critiche, assieme al nonno materno. L'ingresso dell'ospedale era blindato agli esterni ma non so come, lei era riuscita ad entrare e ad arrivare sino all'esterno della porta del nostro reparto. Era disperata, voleva vederli. Come non capirla? Come offrire supporto? Tutto questo metteva in secondo piano la paura di essere personalmente contagiata. La procedura di vestizione/svestizione era complessa e vista la stanchezza, era facile commettere errori. Ma quantomeno noi avevamo i DPI corretti, praticamente sempre. A differenza di altri contesti, che ne erano drammaticamente sprovvisti, come le RSA. Mio marito lavora in una struttura di questo tipo come infermiere e purtroppo, come la maggior parte dei suoi colleghi, si era contagiato

*lo scorso marzo. Ha avuto dieci giorni di sintomi che mi preoccupavano molto, ma per fortuna alla fine non ha necessitato di ricovero. Non si negativizzava più, ed è rimasto 2 mesi in isolamento domiciliare, mentre io lavoravo in sub-intensiva. Quindi procedure di sanificazione e distanziamento anche in casa, che non era più un luogo sicuro. Mi avevano proposto di andare in albergo, ma non volevo lasciarlo solo né restare sola, non sarei riuscita a sopportarlo in quel momento. Da fine maggio lavoro invece nei servizi di cure domiciliari e mi sono resa conto di quanto sia stato difficile, per chi lavorava all'esterno degli ospedali, comprendere realmente cosa stesse succedendo al loro interno, nonostante le notizie trasmesse dai media, spesso contrastanti e difficili da interpretare. Qui invece ho compreso quanto, in particolare per i pazienti più complessi e/o anziani, la paura di essere separati dalle famiglie condizioni le personali scelte di cura. E quante cure si possono garantire a domicilio rispetto a quanto si è fatto sino ad ora. Altro aspetto che sta segnando profondamente il nostro lavoro, in particolare in questa lunga seconda ondata, è la stanchezza, fisica ma soprattutto mentale. L'adrenalina della scorsa primavera ha lasciato il posto alla consapevolezza che non si uscirà mai da questa modalità di lavoro che ci richiede tanto impegno e concentrazione, non si intravede una fine". (222, I, I)*

*Ci troviamo nella fase iniziale in relazione al primo picco della pandemia, nell'aprile 2020. Io ed il mio gruppo siamo di fronte alla gestione dei primi pazienti affetti da Covid-19. Avevamo studiato tutte le procedure operative elaborate fino a quel momento, avevamo fatto delle ricerche in letteratura per interiorizzare le attuali conoscenze in merito alle conseguenze che il contagio da SARS-CoV-2 poteva portare, e quali fossero le più efficaci misure di protezione per rallentare e bloccare il contagio. Ma trovarsi di fronte a ciò che fino a poco tempo prima leggevamo e vedevamo nei notiziari, è stata un'esperienza surreale. Il timore di "sorvolare" su qualche passaggio e dare luce a focolai, dentro e fuori dal contesto, era enorme e diffuso negli occhi di chi collaborava attivamente in quelle fasi. Ricordo la disponibilità da parte dei tantissimi professionisti intervenuti, desiderosi di mettersi attivamente in gioco nell'assistenza al paziente Covid positivo, nella consapevolezza che solo attraverso una fitta rete di collaborazioni avremo potuto far fronte, in modo appropriato, alla situazione, che molto rapidamente stava dilagando. Il pensiero andava direttamente ai pazienti ed alle modalità di contatto con l'esterno, con i priori cari. Mi è rimasta impressa la velocità con cui si sviluppavano i sintomi, i ritmi con cui dovevano essere assistiti con appropriatezza e in sicurezza per scongiurare il diffondersi dei contagi. Mi sono rimasti impressi gli occhi di una persona sola a lottare contro il virus, e il nostro gruppo che non perdeva d'occhio nessuno, né dal punto di vista umano né professionale, pensando continuamente a strategie innovative da mettere in campo nell'immediato, per garantire comfort, presa in carico, problem solving, dignità e sicurezza. Penso che questi siano stati attimi e ricordi che porterò sempre con me, il modello comunicativo messo in atto con colleghi, pazienti e familiari, l'intesa attraverso gesti e sguardi, rapide prese di decisioni, ed una squadra compatta che nonostante i numeri in rapida progressione e la pressione incalzante, ha dato il massimo per gestire i molteplici aspetti che in contemporanea si facevano strada durante le varie fasi della pandemia. (239, I, I)*

#### 4.4 Possibili limiti dello studio

Durante la situazione provocata dalla pandemia per COVID-19 è stato più complesso riunirsi con le persone, l'isolamento dovuto alla necessità di evitare il contagio ha fatto sì che i ricercatori non potessero andare sul campo di indagine o incontrarsi con le persone. In questo periodo si sono privilegiate le interviste a distanza con modalità *online* con diverse piattaforme (come ad esempio Zoom, Meet, Team, Skype, etc) che permettono anche di registrare il colloquio. Nel nostro caso è stato prediletto il formato della narrazione compilata *online*, per poter arrivare a un numero il più alto possibile di partecipanti, per poter raccogliere la maggior parte di testimonianze in un periodo così complesso e unico. Gli stessi partecipanti hanno potuto scegliere se partecipare o no dando il loro assenso rispondendo alle domande-stimolo.

Il formulario era accompagnato da una lettera dove si spiegavano gli obiettivi, la finalità della ricerca, l'affiliazione dei ricercatori. Non avendo avuto alcun contatto diretto con gli eventuali rispondenti, si è anche comunicato un'e-mail di contatto per eventuali chiarimenti o dubbi. Non sono arrivati e-mail per chiarimenti.

Il fatto che si possono essere selezionate le persone che hanno maggiore facilità di rispondere in modo telematico può costituire un limite dello studio, di fatto nei risultati si evidenzia una maggior partecipazione di professionisti giovani, sebbene d'altra parte il numero elevato di risposte e la variabilità dovrebbe aver attenuato aspetti che possono generare un *bias*. Altro limite può essere che abbiano risposto solo le persone con certi valori relativi al *caring*, che si siano auto selezionate. Il numero elevato di risposte può far pensare che non sia così, ma non lo sappiamo. Si identifica come un vantaggio l'aver raggiunto un numero elevato di persone. Come svantaggio può essere talvolta la qualità delle risposte laddove la risposta è molto sintetica.

## 5 Professionalism, care e self care durante un periodo difficile

*Un solo atomo di passione per il bene è bastante per generare  
quella sensibilità etica che può salvare l'esperienza*

(Luigina Mortari)<sup>78</sup>

Si è visto nella parte teorica della ricerca come il *professionalism* sia un costrutto complesso, non stabile, sensibile ai valori e alla cultura dell'ambiente dove si concretizza in comportamenti, decisioni, azioni e relazioni. Si è visto inoltre che 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, che deve essere intenzionato attraverso percorsi di formazione (*lifelong learning*). Inoltre, risente fortemente dello stato di benessere della persona rivelando pertanto come sia complesso il voler separare la vita personale da quella professionale, elemento spesso centrale nella formazione dei professionisti della salute. Si è visto come al cuore del professionalismo delle diverse figure professionali vi sia l'empatia, l'onestà, la compassione, la capacità riflessiva, la capacità di lavorare in team e di preoccuparsi per la propria salute. Si è anche visto come il comportamento professionale sia stato sempre al centro dell'attenzione delle associazioni professionali, degli enti formatori e dei *mass media*, oggetto di critica e discussioni in quanto il tradurre in comportamenti osservabili i principi ispiratori diventa spesso un esercizio di eccessiva semplificazione.

Cosa emerge dalla nostra ricerca empirica che possa nutrire di ulteriori riflessioni la ricerca sulla teoria? Come si caratterizza il *professionalism*, il *care* e *self-care* durante un periodo difficile? È importante definire che durante l'epoca della pandemia i professionisti della salute che si sono narrati si trovano ad affrontare un'esperienza con caratteristiche uniche; infatti, se si cercano in letteratura situazioni simili, in relazione a una malattia contagiosa e che determini l'isolamento delle persone, (abbiamo ricercato studi sul virus ebola, in Africa), emergono aspetti simili, anche se nel caso del virus ebola si conosceva il virus e la malattia, o le modalità di contagio. Anche per

---

<sup>78</sup> Mortari, 2019, p.41

l'ebola emerge dagli studi la difficoltà di erogare/adattare il *care* a causa all'isolamento del paziente (Andertun, 2017). In altre occasioni, spesso nella quotidianità, i clinici hanno dovuto affrontare emergenze, a livello territoriale, o di reparto, per mancanza di personale o di risorse, ma mai un evento con le peculiarità della pandemia (ossia con morti numerose, isolamento, esposizione al contagio di una malattia gravissima e mortale, mancanza di risorse materiali e umane su larga scala e per un lungo periodo). Il professionista della salute si trova quindi, in questa situazione unica, immerso in una paura che si potrebbe definire totale, che dipende da diversi fattori, motivi e origini. Paura per non poter contare con le informazioni necessarie per poter prendere decisioni o per sapere cosa accadrà (questo elemento non era presente negli studi sull'ebola). Il professionista della salute non sa cosa fare, come agire, come prendere decisioni e questo genera confusione e impotenza. Vi è una potente paura del contagio, della malattia e della morte. La paura è per sé, per i colleghi, i familiari, i vicini (la propria comunità di appartenenza), per i familiari dei colleghi e per i pazienti e familiari dei pazienti. Paura per tutti, in quanto il contagio e la malattia determinano per la persona l'isolamento in condizioni critiche e spesso il morire in solitudine. Diventa pertanto un fenomeno collettivo: la paura per sé e per tutti gli altri. Questo fa scaturire una forte empatia che diventa compassione, pertanto è presente non solo una forte stanchezza mentale e fisica, ma anche emotiva e spirituale.

Si è generata una paura collettiva a livello sociale e comune a tutte le persone, essendo tutti immersi nella stessa situazione e provando le stesse emozioni anche se con ruoli diversi (chi agisce il *care* e chi lo riceve), si generava pertanto anche una certa confusione che aumentava la sofferenza. In questo si ritrova la circolarità del movimento che genera il *care*: verso uno e verso l'altro. Un ritorno di bene anche nel difficile (Mortari, 2019).

L'esperto diventa improvvisamente inesperto in quanto non conosce e questo gli impedisce di pensare bene, di decidere, proiettare, pianificare e organizzare il *caring*. Infatti, rispetto alla cura della persona si cerca di fare con le conoscenze che si hanno, di tornare a studiare, di interrogarsi, ma purtroppo il paziente soffre molto, i sintomi a livello respiratorio sono molto pesanti e non si può alleviare se non con ossigeno e ventilazione; la persona spesso muore cosciente e con difficoltà respiratoria severa. Questo genera molta impotenza nel professionista della salute, che con le conoscenze



attuali nelle situazioni più frequenti è diventato più esperto con il morire, come per esempio nelle cure palliative dove si aiuta la persona a livello farmacologico e con terapie alternative per ridurre la sofferenza per un morire meno doloroso. Inoltre, durante la pandemia i professionisti della salute hanno dovuto spesso lasciare le loro aree di competenza e si sono ritrovati ad affrontare situazioni per le quali non erano stati formati, ad esempio i pediatri o le ostetriche, sono stati spostati per prendersi cura di pazienti malati di COVID-19 in fase terminale in quanto per la loro *expertise* molto focalizzata non potevano essere reclutati in terapia intensiva. Hanno dovuto prendersi cura di pazienti in fine vita senza averne la competenza e l'esperienza. Questo anche per gli infermieri e i fisioterapisti, che sono stati spostati da reparti non intensivi a reparti intensivi perché lì c'era la crisi assistenziale. Questo ha generato ulteriore impotenza e sofferenza.

Quindi cosa accade alla capacità di *caring* quando chi si prende cura è immerso nella stessa sofferenza di chi ha bisogno di cure? Il *care* va in profonda crisi, perde la sua identità nei gesti e nelle azioni, e ritorna alla sua essenza. Infatti, chi scrive dice che il *caring* diventa l'imparare a stare vicini, anche con il pensiero per un altro che soffre più di me, in quanto per l'isolamento forzato, soprattutto nelle prime fasi, il paziente veniva lasciato solo, con dispnea e spesso a morire. Il *care* diventa il *fare quello che si può* ma con un'intenzione massimamente viva e presente di fare il bene e il buono per l'altro, anche senza il risultato sperato, ossia di poter alleviare o preservare la vita, perché non si può fare altro. Quindi in questa circostanza il *care* si "allontana" forzatamente dai protocolli, le check list, gli indicatori di qualità che negli ultimi anni hanno definito e caratterizzato l'assistenza nell'ambito della salute (mentre allo stesso tempo le persone si lamentavano, come si è visto, della distanza emotiva e relazionale dei professionisti della salute) e diventa l'esserci tra le lacrime nascoste dietro una mascherina, o anche quando non c'è più energia per i turni estenuanti e per la mancanza di personale. Si arriva alla mancanza di forza vitale e spesso i professionisti si ammaliano "nel cuore", infatti molti sono stati i casi di depressione o problemi di salute mentale descritti anche in chi ha risposto. *Care* nel difficile diventa far fede alla propria professione, alla vocazione, al non abbandonare il servizio che chiama. Aver fede, ossia aver fiducia che l'esserci è necessario e che serve a qualcosa, anche a un livello

“altro”, non solo biologico, non misurabile in quanto il paziente soffre e muore lo stesso, ma a un livello spirituale.

Quindi sembra che quando il *caring* si azzeri, si riparte da zero: il professionista della salute ritrova piccoli spazi rubati ad una situazione impensabile, come uno sguardo, l'esserci, il pregare, interstizi dove poter agire “qualcosa”, anche se non si sa come andrà, non si hanno risposte, non si può garantire nulla. Il paziente sa che potrà morire, ma l'unica cosa che desidera, con uno sguardo, è un minimo contatto anche con un altro completamente bardato, anonimo e che non sa cosa fare. Allora si trova il coraggio di starci, di rimanere lì, di non fuggire davanti alla sofferenza. Si riparte dal valore del saper esserci in silenzio e il riscoprire i piccoli gesti. Si recuperano tutti gli spazi lasciati dai famigliari e amici: una carezza, uno sguardo, stringere una mano, spazi che i professionisti della cura avevano abbandonato da tempo. Fare quello che si può diventa l'essenziale della buona cura, lontano da inutili sofisticazioni, spesso teoriche: una cura agita, nel “qui e ora”, concreta, dura, difficile, tra le lacrime, la stanchezza, senza risorse, nella malattia propria e dei propri cari, nella paura e sofferenza. Qui appare l'esserci gratuitamente, la dimensione “donativa” più pura in quanto non vi è attesa di un ritorno. È l'esserci che diventa dono (Mortari, 2019).

In chi narra vi è piena coscienza che questa cura agita diventa antidoto al dolore morale, diventa una piccola goccia di benessere in un oceano di dolore, diventa virtù, coraggio, presenza, dono, rispetto. In questa situazione così estrema emerge l'agire secondo virtù e pertanto un agire etico. (Mortari, 2019). Pertanto, il gesto, o il pensiero di *care* diventa un'occasione che non si può lasciar andare perché è un'opportunità anche per stare meglio, per alleviare il proprio dolore: fare quello che si può diventa già un atto sofisticato di *care*, perché ciò che lo rende superiore è il desiderio che lo accompagna, è il valore che assume il pensare l'altro, non è solo l'atto visibile nella sua attuazione. Quindi atto di fede in un pensiero che si fa compassivo. Quello che conta è quello che ognuno incarna, è l'essere, che anche se non si tramuta in azione, non ha più nessuna importanza. Questo riporta anche alla relazione tra il visibile e l'invisibile della cura, lontano dagli artefatti tecnologici permette di visibilizzare meglio l'intenzione. Il professionista in questa situazione, come si è visto dalle parole di chi ha narrato, perde i *confini di ruolo* non solo tra professionisti diversi, ma anche tra

lo spazio personale e professionale, diventa un unico spazio che contiene tutto il dolore, e come persona con forte empatia, compassione, dotata anche di speranza e fiducia nella vita, reagisce in modo autentico. In questo modo c'è una riscoperta di un mondo di valori che molti, nella routine quotidiana, avevano dimenticato o non riuscivano ad incarnare a causa del contesto e delle esigenze, e questo li riporta a contatto con la loro vocazione più profonda. È il riscoprire un'umanità condivisa, è il riscoprire le domande che sempre hanno accompagnato l'essere umano sin dalle origini di un pensiero etico: “in che cosa consiste il bene e come fare bene” (Mortari, 2019, p.41). Questo riporta al *core value*, come si è visto nella parte teorica, della definizione di *professionalism*. Come diceva Cohen *Humanism is the passion that drives professionalism* (Ludwig, 2020).

La sofferenza morale causata da molteplici fattori, come la mancanza di presidi, materiali, le decisioni difficili da prendere, portano il professionista a ripensare alla propria vocazione, al significato profondo e al riappropriarsi dei valori. Questo si concretizza anche nel trovare nuovi modi di esercitare una *leadership* informale positiva appoggiando i colleghi ed essendo attivi per “aggiungere” del buono con il proprio comportamento ad una situazione insostenibile, come ad esempio nel piangere di nascosto per non pesare sugli altri, il proteggersi a vicenda, senza che nessuno l'abbia stabilito o definito; è qualcosa che accade spontaneamente. È anche questo caso, come nel *care*, un *professionalism* agito negli interstizi e significati più profondi della professione: vi è un ritorno ai valori autentici dell'agire professionale, sia nei gesti, che nei pensieri. Nel dolore collettivo come si è visto si sviluppa una forte empatia e compassione per tutti, pazienti, colleghi, familiari e anche verso sé stessi. Questo risignifica l'agire e conforta, si ritrova benessere, mentre la cura di sé emerge soprattutto come l'attenzione a non contagiarsi e a contagiare e a riscoprirsi come persona, che può non sapere, che può commettere errori, soffrire e che si sente fortemente esposta, sente la propria vulnerabilità. Questo, paradossalmente, diventa l'elemento più potente di *self-care*: l'essere tutti ugualmente vulnerabili, il professionista della salute può finalmente mostrare le proprie emozioni e paure in un contesto, come si è visto altamente gerarchico e dove non è possibile esprimere la sofferenza. Vi è un ritorno a sé, come persona, nella forma più intima e allo stesso tempo all'altro. Mi riscopro come essere fragile e vulnerabile in una vulnerabilità collettiva. Questo anche quindi come un atto inusitato di *self-care*:

si può andare avanti solo se si riesce a occupare piccoli spazi persi, solo se ci si riconosce non solo come professionista ma come una persona che è parte di una comunità sofferente, solo se vi è una compartecipazione autentica. Quindi il *self-care* da atto individuale, privato (come mandato per proteggere il paziente è definito come responsabilità individuale per ridurre il *burnout*) diventa un atto collettivo, sociale, della comunità, in questo caso ospedaliera, istituzionale.

Esiste una certa cultura del *self-care* come atto collettivo, *collective care*, inteso come un atto politico dove si sottolinea la necessità di istituzionalizzare l'auto-cura andando verso un approccio di assistenza collettiva organizzata come modo per garantire i diritti umani a tutti. Questo parte dalla considerazione che le emozioni che si provano sono situate in un contesto e in una comunità, non è solo un atto individuale, per questo si passa dal concetto di *self-care* a *collective care*. Questa concettualizzazione nasce nel contesto dei diritti umani in Sud America<sup>79</sup>, non è ancora parte della cultura sanitaria. In Italia è un concetto non ancora presente, soprattutto a livello istituzionale non esiste. Il *self-care* quindi non solo come risposta reattiva all'aumento del *burnout*, spesso con risposte semplificate e rapide, come un modo di "aggiustare" un individuo, con corsi di mindfulness, yoga, ma con progetti di lunga durata e impatto. Chi risponde chiede un'azione formativa, chiara/visibile che mostri preoccupazione e reale interesse da parte delle istituzioni per i professionisti che si sono sentiti soli, abbandonati, non ascoltati e valorizzati da parte dei dirigenti durante la pandemia. In reazione a questo, anche riguardo la *leadership* in epoca post pandemica si sono moltiplicate le pubblicazioni che propongono il concetto di *collective leadership* versus *centralized leadership* (Silva, 2022); infatti quest'ultimo già non funziona quando si considerano *outcome* come il benessere del gruppo e la riduzione del *burnout*. Il *collective leadership* propone che la soluzione di un problema e le decisioni non siano prese da una persona, come nel modello tradizionale, ma da chi ha più competenza sul tema e a livello di gruppo, in un contesto collaborativo.

In epoca post COVID-19 sono esplosi tutta una serie di studi su nuovi modelli di *leadership* che probabilmente cambieranno i profili curricolari dei corsi di gestione sanitaria. Questo riflette come i professionisti della salute hanno saputo imparare dai loro errori e trasformare le esperienze negative in motore per nuove piste di ricerca per

---

<sup>79</sup> <https://sur.conectas.org/en/from-self-care-to-collective-care/>

migliorare la qualità assistenziale per il futuro perché in una situazione simile non si ripetano gli stessi scenari e vissuti.

In sintesi, si può affermare, attraverso la ricerca condotta, che il *professionalism*, inteso come la capacità del professionista sanitario di agire i valori che sono alla base della professione di aiuto, in relazione con il *care* e il *self-care*, durante un periodo difficile, si riappropria dell'umanesimo, ossia dell'essenza costitutiva e definitoria che lo caratterizza.

In conclusione, se volessimo fare una lista di attributi/concetti relativi all'ambito del *professionalism* durante la pandemia descritti attraverso le parole di chi ha risposto, potrebbe essere la seguente: *essere felici, saper valorizzare quello che si ha, godere delle cose semplici, voler fare il bene, ridefinire le priorità della vita, scoprire la propria fragilità e vulnerabilità, conoscere i propri punti deboli, scoprire la propria forza, saper crescere, saper canalizzare le emozioni (salute mentale), affrontare un problema alla volta, trovare strategie per ridurre l'ansia e lo stress, non desensibilizzarsi davanti al difficile, assicurarsi un buon sonno, essere meno individualisti, coltivare le relazioni familiari e le amicizie, amare il proprio lavoro, apprendere dai propri errori, mantenere l'umanità e la gentilezza, sostenere la vocazione, essere compassionevole, accogliente, vicino, facilitare i contatti con i familiari, non sottovalutare i bisogni dei pazienti, dare valore ai vissuti e alle esperienze dei pazienti, ascoltare i bisogni dei pazienti, saper mettersi in gioco, sapersi adattare alle nuove circostanze, essere flessibili, sapere di essere importanti per l'altro, sentirsi necessari e di aiuto, fermarsi a riflettere, chiedersi cosa sia meglio fare a livello individuale e di gruppo, saper creare una rete di aiuto, prendere decisioni condivise in gruppo, saper lavorare in squadra risolvendo problemi assieme, saper imparare assieme, dar valore alle proposte dell'altro, aver rispetto e fiducia nel collega, ascoltarsi in gruppo, condividere le emozioni e vissuti difficili, sapersi sostenere in gruppo, saper dare coraggio, essere solidali, uniti, saper lavorare in un gruppo/contesto diverso, comunicare con chiarezza, trattare con rispetto i colleghi, saper comprendere il collega, la sua situazione, non giudicare ma consigliare, appoggiare se si vede nell'altro stanchezza, sia fisica che mentale o emotiva, dare feed back (se si vede qualcuno errare), non essere punitivi, orientare e insegnare a chi è neofita, saper prendersi cura tra colleghi, uno*

*dell'altro, saper fare/attivare con le risorse che si hanno (materiali, umane, personali), condividere i valori che orientano la professione.*

La nostra ricerca empirica offre uno spazio ampio di riflessione su tre concetti che sono intimamente relazionati e che hanno un'influenza diretta sul benessere della persona e del professionista della salute.

La proposta più concreta si situa nella formazione alla cura nella sua riflessione più profonda (filosofia della cura), formazione a un prendersi cura di sé come gruppo (*self-care* e *collective care*) con un valore collettivo, e non sono individualista, ossia dell'individuo malato in *burnout*, e di un *professionalism* agito nella partecipazione alle decisioni e nell'essere ascoltati e far parte di una comunità che si riconosce avente diritto di ascolto non solo per decisioni aziendali o per diffondere protocolli, ma anche per raccontarsi e condividere esperienze dolorose, in un contesto dove il difficile è parte del lavoro quotidiano nell'ambito della salute. Il professionista della salute, oggi in un contesto altamente complesso, chiede spazi di riflessione condivisa e guidata, come ad esempio il poter scrivere il pensare, ma non come diario personale, ma come esperienza professionale. Diverse sono le esperienze di *portfolio* o *journaling* a livello di dipartimento, ma in genere si focalizzano sugli aspetti di alto impatto sull'avanzamento di carriera (come organizzare corsi, conferenze, journal club, etc ...), quando in questo caso la narrazione avrebbe invece una valenza di crescita etica ossia di ritorno alle domande essenziali per l'essere umano (Mortari, 2019).

Quindi, le istituzioni dovrebbero farsi carico di progettare politiche orientate alla cura, con azioni concrete che permettano una buona vita per tutti, in una comunità che si sa prendere cura di tutti.

## **6 Discussione: i risultati della ricerca in dialogo con la letteratura internazionale**

### **6.1 Gli studi sull'esperienza del COVID-19 dei professionisti della cura**

Il periodo caratterizzato dal COVID-19 ha significato alti livelli di stress e *burnout* per i professionisti della salute, che sono stati sottoposti a ritmi intensi di lavoro, sofferenza, angoscia, paura, ad un alto numero di decessi e isolamento dalla loro famiglia. Anche il dover cambiare ambiente di lavoro, con colleghi nuovi, l'aver poche informazioni e aggiustamenti continui di linee guida o protocolli ha significato un aumento di incertezza e ha generato alti livelli di ansia (Abbas et al., 2020; Chertoff et al., 2020; Giordano et al., 2020).

Nel nostro studio sono emersi come temi principali i vissuti affettivi, la relazione che cura, aspetti legati al *professionalism* e al *caring*, un aumento della conoscenza di sé a livello personale e professionale, lo sviluppo del ruolo professionale, e la necessaria trasformazione dei servizi sanitari. Negli studi presenti in letteratura ritroviamo alcuni di questi aspetti, come quelli affettivi, la mancanza di informazioni e di dispositivi di protezione individuale, la paura del contagio, i problemi di relazione e comunicazione con la dirigenza. Qui prenderemo in esame soprattutto gli studi qualitativi in quanto questi permettono di far dialogare i risultati con il nostro studio e di far emergere eventuali aspetti di novità. Gli studi quantitativi molto precocemente nel periodo COVID-19 si sono orientati alla misura, con diversi strumenti, dello stress e *burnout* dei professionisti della salute. Anche per quanto riguarda gli studi qualitativi vi è un certo numero di ricerche che viene pubblicato molto precocemente. È interessante invece vedere particolarmente le ricerche, come la nostra, che raccolgono riflessioni sugli eventi e apprendimenti dopo un anno dall'inizio della pandemia.

#### *Vissuti dolorosi*

*I Vissuti dolorosi* rappresentano la principale macrocategoria che emerge dalle narrazioni del nostro studio. Ogni scritto era denso di vissuti e di emozioni che hanno ca-

ratterizzato questo periodo e che si relazionano con gli eventi, i vissuti e gli apprendimenti. Le emozioni provate in questo periodo hanno portato a una sorta di impotenza, che generava ulteriore sofferenza in un professionista che in genere sa cosa fare e come affrontare la malattia. L'impotenza delle cure, il condividere situazioni estreme con i colleghi e con i pazienti portava ad un aumento di empatia (Shin & Yoo, 2022).

*La paura* è la principale emozione che emerge dalla letteratura, soprattutto la paura del contagio (Xu et al., 2021). Gli aspetti legati alle emozioni provate dai professionisti della salute durante il periodo COVID, come l'ansia, il *burnout*, lo stress, la paura, la depressione, l'incertezza sono stati ampiamente studiati con *survey*, o questionari che misurano lo stress o il benessere (Arrowhead Regional Medical Center, Department of Psychiatry, Colton, California et al., 2021), in studi qualitativi o sintesi qualitative (Huerta-González et al., 2021), in metasintesi e revisioni sistematiche (Xu et al., 2021). Negli studi emerge la sensazione di aver perso il controllo delle cure e il provare l'ambiguità generata dalle informazioni spesso contrastanti. Quasi con le stesse parole di chi scriveva nel nostro studio, le persone intervistate riferirono di sentirsi impotenti perché, nonostante tutti gli sforzi, il paziente decedeva ugualmente (“... *I feel that our work does not have much effect on patients' recovery*”; Ardebili et al., 2021; Demir & Şahin, 2022; Copel et al., 2022). L'essere esposti alle frequenti morti, l'isolamento, i cambiamenti dell'ambiente e dell'organizzazione e la paura emergevano anche nello studio di Gordon (Gordon, 2021), e in particolare la morte in solitudine del paziente, che ha creato molto disagio nel professionista della salute (Copel et al., 2022). In una metasintesi, gli infermieri, in tutti i nove studi presi in esame, hanno espresso sentimenti di ansia, paura o depressione. Hanno anche riportato altri sentimenti, come l'impotenza e l'isolamento (Pei et al., 2020), inoltre emergeva che, mentre gli infermieri si sono sentiti responsabili nel poter fare il meglio per i loro pazienti, avevano paura perché il COVID-19 era altamente contagioso (Joo & Liu, 2021).

In particolare, era il non sapere cosa fare e i cambiamenti continui nelle informazioni che provocava molto disagio. Spesso i professionisti della salute hanno dovuto affrontare compiti imprevedibili e pratiche impegnative. Gli infermieri hanno riferito che il COVID-19 ha richiesto loro di adottare nuove pratiche o il ricevere linee guida spesso contrastanti con il sapere in epoca pre-COVID-19 (He et al. 2020; Kackin et al. 2020; Schroeder et al. 2020; Lasalvia et al., 2021). Ad esempio, gli infermieri hanno riferito



che dovevano ricoverare i pazienti con febbre dal pronto soccorso, in contrasto con le linee guida pre-pandemiche dove i pazienti dovevano essere in condizioni critiche prima di essere ricoverati, ossia non era sufficiente la febbre (Joo & Liu, 2021). Quindi oltre al dolore e alla sofferenza per le condizioni in cui si trovavano i pazienti, l'isolamento e la paura per il contagio si associava non solo il non sapere cosa fare ma anche il dover mettere in discussione le proprie conoscenze.

Come nel nostro studio, emergeva che vi era una grande esposizione alla *sofferenza*, che provocava sofferenza psicologica, che si manifestava con irritabilità, crisi di pianto improvvise, soprattutto nelle giovani infermiere e negli studenti specializzandi, la popolazione con meno esperienza. Anche l'ambiente, dove si trovavano i pazienti malati di COVID, era isolato, spesso buio e provocava depressione. A questo si aggiungeva *l'isolamento e l'essere separati dalle famiglie* (Joo & Liu, 2021), il non poter abbracciare o baciare i propri cari, soprattutto i figli piccoli e i genitori anziani per lunghi periodi (Ardebili et al., 2021; Copel et al., 2022). Inoltre, era molto presente anche il dolore per aver contagiato i propri cari e in alcuni casi il sentimento di colpa per averne provocato il decesso (Ardebili et al., 2021).

Dagli studi emerge che in particolare le infermiere sentivano solitudine, depressione, paura, perdita di fiducia e impotenza (He et al. 2020; Hou et al. 2020; Pei et al. 2020). Questi sentimenti erano presenti indipendentemente dall'esperienza lavorativa degli infermieri o dalla fase di coinvolgimento nella cura dei pazienti COVID-19. Molti studi precedenti al COVID-19 hanno sostenuto che i professionisti della salute hanno bisogno di protezioni emotive personali per attivare strategie di *coping* durante un'epidemia (Al-Rabiaah et al. 2020; Khalid et al. 2016; Xiong & Peng, 2020). In uno studio realizzato con 33 professionisti della salute che lavoravano in servizi di urgenza, molti partecipanti hanno riferito sentimenti di ansia dovuti al cambiamento delle informazioni sulla malattia e per la preoccupazione per il contagio alla famiglia. Hanno riferito di sentirsi tristi quando hanno dovuto informare le famiglie che non potevano vedere il loro caro e di sentirsi senza speranza quando i pazienti morivano da soli. I partecipanti hanno riferito sintomi di depressione, esaurimento emotivo, e *burnout* per non sapere come meglio prendersi cura dei pazienti, per l'imprevedibilità del decorso del paziente, e le morti numerose che si sono verificate sia in giovani che anziani (Blanchard et al., 2022).

Dalla letteratura inoltre risulta come siano stati molti i fattori che hanno contribuito al disagio psicologico di infermieri, medici, terapisti respiratori, assistenti e altri operatori sanitari che fornirono assistenza diretta in prima linea ai pazienti con COVID-19, come ad esempio: tensione emotiva ed esaurimento fisico durante la cura di un alto numero di pazienti acuti che si deterioravano molto rapidamente; il prendersi cura di colleghi che potevano aggravarsi e morire di COVID-19; *la carenza di DPI* che aggravava il timore del contagio, la preoccupazione per contagiare la famiglia, in particolare i membri più anziani, immunocompromessi, o malati cronici; la carenza di ventilatori e di altre attrezzature mediche cruciali; ansia di dover assumere ruoli clinici nuovi o sconosciuti e carichi di lavoro intensi per la cura di pazienti con COVID-19; accesso limitato ai servizi di salute mentale per la gestione di depressione, ansia e disagio (Ayanian, 2020). Tutti fattori che si sono evidenziati anche nel nostro studio.

Inoltre, anche dalla letteratura emergeva come *l'isolamento del paziente* abbia provocato maggior stress e ansia e deterioro delle condizioni del paziente. Tutto questo era complicato dall'uso dei DPI che ostacolavano il contatto e una buona comunicazione interpersonale impedendo di poter erogare un *caring* centrato sulla persona. Di questo hanno sofferto maggiormente le persone anziane (Barbosa et al., 2022). Questi aspetti emergevano anche nel nostro studio. Oltre a ciò, nella letteratura, come nel nostro studio, risultava il sentirsi soffocare a causa dei DPI (Hu et al., 2021). Il dover monitorare i pazienti a distanza, il non poter essere con loro se non per brevi momenti provocava anche disagio nel poter interpretare segni e sintomi, o il non poter interpretare bene i segni vitali presenti nel monitor (Hu et al., 2021). Anche il morire in solitudine dei pazienti provocava una grande sofferenza (Hu et al., 2021; Fernández-Castillo et al., 2021).

Si evidenziava anche dalla letteratura l'angoscia che provocava il dover affrontare *la morte di colleghi e di familiari*. In una metasintesi pubblicata nel 2022 questo aspetto si ritrova in 18 studi (Ding et al., 2022). Anche nel nostro studio emergeva *la paura della morte* e il dover affrontare le morti numerose, anche di colleghi e dei propri cari. Anche la paura per sé stessi (Hu et al., 2021) e il mediare con i familiari dei pazienti deceduti appare come elemento di stress e ansia (Copel et al., 2022). Anche in altri studi emerge *la preoccupazione del contagio*, sempre per il timore di contagiare la famiglia, i figli e genitori (Hu et al., 2021; He et al. 2020; Kackin et al. 2020; Pei et

al. 2020; Sadati et al. 2020; Schroeder et al. 2020; Sheng et al. 2020; Zhang et al. 2020). Alcuni sceglievano di rimanere lontani dalla loro famiglia (Joo & Liu, 2021). In particolare, vi era la preoccupazione per i genitori anziani, malati cronici (Kackin et al. 2020). Anche nel nostro studio emergeva questa preoccupazione e anche il fatto che alcuni membri della famiglia effettivamente sono stati contagiati dal professionista della salute. In alcuni casi sono anche deceduti.

### *Il Professionalism*

In relazione *al professionalism*, gli studi mostrano come ciò che provocava maggior *angoscia morale* ai professionisti della salute era il non poter contare con i DPI, o il non ricevere informazioni chiare. Inoltre, il *moral distress* si associava con problemi di salute mentale a lungo termine. Quando i professionisti contavano con le risorse e le informazioni, il *moral distress* diminuiva (Lake et al., 2022). Inoltre, il non ricevere appoggio dall'amministrazione aumentava il livello di *burnout*, *angoscia morale* e *post traumatic stress disorder* (PTSD). Già in studi pre-pandemia emerge come il disagio morale o il *burnout* possono verificarsi quando i professionisti della salute sperimentano impotenza, bassi livelli di controllo, supporto o risorse inadeguate, maggiore stress sul lavoro ed elevate richieste di lavoro. Con il COVID-19 hanno sperimentato tutto questo aumentato dalla paura del contagio per sé stessi e per i propri familiari (Guttormson et al., 2022; Huerta-González et al., 2021).

La pandemia provocata per il COVID-19 ha generato un alto livello di stress etico e di *moral distress* in particolare nei medici per *la mancanza di risorse*, come ventilatori, posti letto, ossigeno, o il dover applicare terapie sperimentali, o il dover prendere decisioni in contrasto con i loro valori... (Farrell & Hayward, 2022) (Blanchard et al., 2022). Questo si è verificato anche per gli infermieri e le ostetriche in quanto non hanno potuto prendersi cura dei loro pazienti come avrebbero voluto. Tuttavia, nella difficoltà e nonostante i limiti, in uno studio in particolare, emergeva come alcune infermiere hanno reagito alla paura con *maggior empatia, compassione ed umanizzazione delle cure*. Sentivano una connessione a un livello più profondo con il paziente (Lapum et al., 2021).

Il *moral distress* generato dalla mancanza di informazioni o di informazioni precise si ritrova molte volte nella letteratura. In una metasintesi, emerge la necessità di conoscere di più sulla malattia e di ricevere informazioni certe per poter assicurare una buona assistenza (Joo & Liu, 2021). L'evidenza dimostra come la mancanza di informazioni o il non avere informazioni chiare porta a una bassa qualità di *caring* (Sheng et al. 2020). Questo genera molta ansia in chi vorrebbe garantire una buona qualità di *caring* (Xu et al., 2021; Kackin et al., 2021). Gli annunci dell'OMS e gli sforzi dei responsabili ospedalieri per fornire informazioni aggiornate tramite e-mail (come in Schroeder et al. 2020) sono stati insufficienti. Le infermiere hanno bisogno di informazioni precise e basate su evidenze sul COVID-19 e su come prendersi cura dei pazienti con la malattia. Gli studi sulla COVID-19 e le revisioni qualitative e quantitative sistematiche di tali studi dovrebbero essere pubblicati continuamente per fornire agli infermieri informazioni aggiornate sulla pandemia. Più in generale, si sente la necessità di programmi di infermieristica universitaria e di formazione continua sulla gestione delle epidemie. Sono necessari altri sforzi organizzativi e amministrativi per proteggere la sicurezza degli infermieri dalla COVID-19.

In generale, negli studi emerge che la mancanza di risorse, come le mascherine N95, i ventilatori, le bombole di ossigeno o i posti letto, suggerisce che i sistemi di salute, a livello mondiale, non erano pronti per affrontare una pandemia di queste dimensioni (in numero di morbilità e mortalità). (Ardebili et al., 2021)

Dalla letteratura emerge che *il clima etico* è descritto come "la percezione condivisa di ciò che è comportamento eticamente corretto e come le questioni etiche dovrebbero essere gestite" (Victor & Cullen, 1987, p. 52). È stato associato positivamente al benessere degli operatori sanitari (Koskenvuori et al., 2019; Storch et al., 2009). Comprende due dimensioni: il supporto manageriale nell'affrontare le questioni etiche e la visione etica della cura del paziente. Quest'ultima dimensione è stata legata al benessere. Inoltre, la ricerca ha scoperto che quando si forniscono cure rispettose, gli infermieri hanno maggiori probabilità di segnalare alti livelli di auto-efficacia professionale (Maffoni et al., 2022). Questo è emerso anche nel nostro studio, inoltre è emerso che il poter fare bene quello che si può genera anche una certa tranquillità. Il poter accompagnare il paziente negli ultimi momenti offre sollievo.

Oltre a ciò, si evidenzia anche dalla letteratura la mancanza dei dispositivi di protezione individuale e il dover lavorare, almeno in una prima fase, senza contare con le risorse necessarie. (Hu et al., 2021)

In una metasintesi di studi qualitativi, emerge la mancanza di supporto da parte degli ospedali e dal sistema di salute, vi è mancanza di DPI, mancanza di unità specifiche per poter isolare i pazienti, inoltre riferiscono carenza di personale e di una buona gestione. (Xu et al., 2021).

### *Il care*

Rispetto al *care e caring*, che durante il periodo COVID-19 non poteva essere erogato secondo i protocolli usuali, nel nostro studio chi scrive narra della sofferenza provocata dal non poter assistere il paziente che spesso veniva lasciato solo per i protocolli vigenti. Nasceva quindi una nuova consapevolezza rispetto *allo stare presenti*, il dover trovare il modo di esserci, essendo talvolta l'unico gesto di cura che poteva essere svolto. Questo risultato si ritrova nello studio fenomenologico sul *care* di Mortari e Saiani dove l'etichetta descrittiva "Esserci in silenzio" sembra riportare a questa situazione (Mortari e Saiani, 2013), tuttavia non si ritrova in modo esplicito in altri studi di tipo qualitativo realizzati durante il periodo COVID-19. Solo in uno studio emergeva l'importanza della comunicazione con il paziente in quanto le domande dell'intervista e l'obiettivo dello studio erano focalizzati sulla comunicazione e la relazione (Shin & Yoo, 2022)<sup>80</sup>.

Il *caring*, l'azione di cura come antidoto al dolore emerge soprattutto nel nostro studio. Rispetto al paziente, emergeva la necessità di facilitare il *contatto con i familiari* come un aspetto che ha assunto una speciale rilevanza durante il periodo COVID-19 e il saper esserci, accompagnare il paziente nel processo del morire (Copel et al., 2022)

### *Il self-care e il lavoro in team*

Come nella nostra ricerca, la maggior coscienza della necessità di *self-care* emerge come un aspetto rilevante nella letteratura (Copel et al., 2022). È un aspetto che risulta

---

<sup>80</sup> Gli studi qualitativi analizzati riportano soprattutto l'ansia e lo stress vissuti dagli infermieri e altri operatori sanitari durante l'epoca COVID-19. Sono studi che, come nel nostro caso, usano domande aperte. Lo studio di Shin invece si focalizza sulla comunicazione.

fortemente dagli studi. La strategia più importante che emergeva è l'interazione con i colleghi e avere un ambiente di lavoro tranquillo (Badanta et al., 2021). Si vedrà poi tra le strategie che verranno implementate nell'epoca post COVID-19, in particolare dalle infermiere, come il creare ambienti di lavoro positivi sia una strategia critica per il benessere dei gruppi di lavoro (si parla di *healing*).

Le riflessioni sulla vita e nuovo orientamento esistenziale emergono soprattutto negli studi dove si riportano le esperienze dei professionisti che si sono ammalati per COVID-19. Il percorso di malattia fa apprezzare ogni momento e l'esprimere un sentimento di gratitudine. C'è anche una scoperta di sé stessi e della propria forza, come emerge nel nostro studio (Shali et al., 2022; Atashi et al., 2022).

Il periodo COVID-19 è stato caratterizzato dalla velocità e dalla numerosità degli eventi (numero di ammalati, numero di morti, ...) cosa che ha influito molto spesso negativamente sulla comunicazione e sulla buona informazione, elementi critici per *il lavoro in gruppo* (Mayo, 2020; Gordon et al., 2021). Nel nostro studio emerge come i professionisti della salute hanno sentito che sono mancate le informazioni, o l'aver ricevuto informazioni spesso discordanti o il cambiamento continuo di linee guida e protocolli. Rispetto al lavoro in gruppo e al ruolo della *collaborazione tra colleghi*, che è emerso come aspetto molto rilevante nel nostro studio, si ritrova anche in altri studi.

Negli studi emergono diverse strategie ed interventi utilizzati per il benessere dei professionisti della salute, tuttavia, come emerge dal nostro studio, quello che ha permesso maggiormente di elaborare le loro esperienze e di portare conforto è stata *la discussione e la collaborazione con colleghi* e altre persone significative. Sviluppare strategie all'interno dei gruppi che condividono la stessa esperienza, come cercare opportunità per riformulare gli eventi negativi (come la morte), o terminare un turno con un *check-in* sul benessere di tutti, e creare opportunità per i colleghi di incontrarsi in un ambiente con un alto grado di sicurezza psicologica, può essere utile (Gordon et al., 2021).

Anche nello studio di Nazzal (2022), tra gli altri temi, emergeva *l'importanza del team*. I partecipanti hanno dichiarato che i membri del gruppo si sostenevano a vicenda sfogando le loro preoccupazioni e i fattori di stress legati al lavoro. Questa strategia ha permesso loro di far circolare idee, suggerimenti e di trovare soluzioni tra di loro. I

partecipanti hanno dichiarato che era importante per loro ascoltare le storie riguardo le difficoltà di altri membri del team, che erano percepiti in una situazione simile. Condividere preoccupazioni e sfide simili come gruppo coeso ha aiutato a mettere le cose nella giusta prospettiva (Nazza et al., 2022).

Anche nella letteratura, come nel nostro studio, risulta come durante la pandemia si sono conosciute meglio le persone, nei loro aspetti positivi e negativi, e come *la solidarietà tra colleghi* sia stata un aspetto rilevante. In alcuni casi, soprattutto per le infermiere, si è sperimentata una sovrapposizione di ruoli, uno sfumare dei “confini” di ruolo sentendosi molto vicine ai pazienti, anche con un ruolo amicale (Fernández-Castillo et al., 2021). Emergeva anche il supporto ricevuto dalla famiglia e dagli amici come necessario per poter gestire le emozioni negative (Demir & Şahin, 2022).

#### *Curare la formazione continua*

Nel nostro studio emerge la necessità di *formazione per le equipe*. Chi risponde narrava di aver avuto la necessità di studiare la malattia provocata dal COVID-19 e di non trovato sufficienti informazioni. Questo ha avuto un impatto importante sull’ansia e impotenza del professionista. Anche dalla letteratura emerge questo aspetto: il dover prendersi cura di pazienti molto gravi senza sapere cosa fare, o il ricevere informazioni contrastanti, o poco chiare aumentava l’ansia (Xu et al., 2021). Invece il ricevere informazioni chiare, il conoscere a poco a poco la malattia si associava con maggior *self confidence* e riduzione dell’ansia (Xu et al., 2021; Okediran et al., 2020). Nella nostra ricerca emergeva come il professionista abbia dovuto mettere in discussione talvolta i protocolli ricevuti; infatti, si è visto come si sia evidenziata la pratica riflessiva come un atteggiamento legato al *caring (consapevolezza dell’importanza della pratica riflessiva)*. Il professionista si sentiva in un costante e accelerato processo di apprendimento, soprattutto in relazione alle terapie (Copel et al., 2022).

Emerge *anche la consapevolezza degli apprendimenti* che si danno via via durante le diverse fasi della pandemia, dopo una prima fase di smarrimento i professionisti della salute sentono che hanno imparato dall’osservazione dei casi (la casistica a cui sono esposti è notevolissima e questo riduce i tempi di apprendimento, che in altre situazioni sarebbero più lunghi). Questo portava a riguadagnare la fiducia persa in sé

stessi, a adattarsi e a guardare in modo positivo al futuro (Ardebili et al., 2021; Hu et al., 2021).

Inoltre, nonostante gli sforzi effettuati, è necessario fornire una *formazione sufficiente* per far sì che i professionisti si sentano con le conoscenze e le competenze per poter affrontare il paziente e poter garantire una cura adeguata, e inoltre disporre di linee guida chiare e di formazione continua (Greenberg et al., 2021; Li et al., 2020). *La necessità di apprendimento e di formazione* emerge nel nostro studio e in altri come una necessità vitale per poter ridurre lo stress e ansia (Huerta-González et al., 2021). Infatti, in alcuni studi emerge come le infermiere sentono di aver ricevuto poco orientamento o formazione rispetto alle procedure di *caring* rispetto al COVID. La maggior parte si sente con inadeguata preparazione in quanto non ha esperienza previa di un'emergenza di una tale entità. Non si sentono con la preparazione necessaria per poter assistere bene l'ammalato. (Joo & Liu, 2021; Huerta-González et al., 2021).

Sulla buona cura, impatto positivo su chi cura prendersi cura di un paziente COVID-19 è associato a una serie di impatti psicologici positivi tra gli operatori, come il sacrificio di sé, la consapevolezza premurosa e un cambiamento di obiettivi nella vita (quello che noi abbiamo chiamato *sviluppo professionale*) (Shamsalinia et al., 2022).

Anche nella letteratura emerge come i professionisti della salute vogliono aiutare i pazienti malati di COVID-19, si sentono *fortemente responsabili* per loro e vedono come un privilegio il poter aiutare in un contesto così difficile (Hu et al., 2021). Vi è *un rafforzarsi dell'identità professionale* (Xu et al., 2021; Correia & Almeida, 2020).

Nello studio di Zhang emerge il modificarsi in positivo delle relazioni tra medici e infermieri dopo essere stati ammalati di COVID, lo scoprire in particolare da parte dei medici il ruolo delle infermiere e un miglioramento nelle relazioni professionali (Zhang et al., 2021). Dalla letteratura emerge la necessità di dover contribuire (Mortensen et al., 2021), il sentirsi necessari e il giocare un ruolo importante per la comunità (Badanta et al., 2021). In uno studio del 2020 emerge come per il 61% di 657 professionisti della salute aumenta il senso e il significato della professione (Badanta et al., 2021).

Inoltre, il vivere emozioni difficili *rafforza l'identità e i valori*. Rafforza l'impegno verso le persone che affidano la loro vita nelle mani dei professionisti della salute. Il timore porta a una maggiore elaborazione e il vivere un'esperienza così drammatica a



livello collettivo porta a un comune rafforzamento della vocazione (Lapum et al., 2021) determinando un ulteriore sviluppo professionale, come si evidenzia nel nostro studio.

#### *Necessaria trasformazione dei Servizi Sanitari*

Nel presente studio emergeva con forza il desiderio di *una futura classe dirigente che sappia ascoltare*, dare informazioni e che coordini, soprattutto in situazione di crisi. Nella letteratura sul COVID-19 emergeva come la preparazione della leadership in situazione di crisi sia fondamentale e che ha una influenza diretta sul *professionalism* e sullo spirito della comunità (Mortensen et al., 2021; Bennett et al., 2020). Appoggiare con corsi di formazione, fornire sufficienti mezzi di protezione individuale e dare supporto psicologico possono aiutare per ridurre l'ansia e anche la paura del contagio (Adams and Walls, 2020; Goh et al., 2020; Wurmb et al., 2020; Badanta et al., 2021). Per appoggiare i professionisti della salute nell'affrontare le sfide determinate dal loro lavoro è essenziale considerare interventi mirati a sostenere il benessere e la salute mentale (Akgün et al., 2020; Magner et al., 2021). Quindi i dirigenti dovrebbero trovare strategie per prestare particolare attenzione alle emozioni negative, come la paura, l'ansia la depressione e creare spazi per *facilitare la comunicazione* (come, ad esempio, favorire spazi di incontro o per la gestione dello stress) per proteggere la salute mentale (Akgün et al., 2020; Magner et al., 2021; Pollock et al., 2020).

Il poter affrontare e navigare bene durante una crisi, richiede *una leadership efficace e robusta* per garantire che il personale si senta supportato e si possa adattare alle nuove esperienze (come il cambiare unità operativa, team work, workload, etc) (Dirani et al., 2020; Copel et al., 2022). I professionisti della salute hanno dovuto adattarsi a molteplici cambiamenti, sia rispetto alle conoscenze, ai modelli di assistenza, al ricevere informazioni poco coordinate in un contesto caratterizzato da forte disagio psichico causato dalla paura e dalle morti frequenti.

Dagli studi emerge che una leadership efficace è vitale per il personale durante una crisi, tra cui una comunicazione e un coordinamento efficaci (HilgeHazelton et al., 2021).

*Linee guida chiare e canali di informazione sono essenziali durante una pandemia* (Greenberg et al., 2021; Xu et al., 2021). Pertanto, un contatto e una comunicazione

visibili da parte dei leader sono utili, prevenendo la disinformazione e fornendo informazioni su aree che potrebbero richiedere attenzione (Adams and Walls, 2020; Hflge-Hazelton et al., 2021; Kain and Fowler, 2019). Questo ha anche un impatto sull'ansia e lo stress. Infatti, laddove vi è stata una chiara e costante comunicazione si è sentita come “antidoto”<sup>81</sup> ai sentimenti negativi (Russell et al., 2022). Pertanto, emerge come il supporto manageriale abbia un ruolo protettivo per prevenire il *burnout* per i professionisti della salute, per proteggere il loro benessere con un impatto diretto sui risultati professionali (relazione tra benessere e *professionalism*) (Maffoni, 2022).

Questo si relaziona direttamente con il *professionalism* e sull'impatto che ha il burnout sulla qualità delle cure. Non sorprende quindi che numerosi studi abbiano confermato il ruolo svolto dal supervisore o coordinatore nel contenere gli effetti negativi di un'ampia varietà di fattori di stress sul benessere psico-fisico dei dipendenti che lavorano in diversi settori (Sommovigo et al., 2019), compreso il settore sanitario (Mazzetti et al., 2019; Sawang, 2010). Le loro azioni sono viste come “un potente meccanismo di comunicazione che trasmette le aspettative, i valori e le ipotesi della cultura e del clima del resto dell'organizzazione” (Grojean et al., 2004, p. 236). Al contrario, quando i professionisti non sono supportati dai loro manager nel far rispettare le pratiche etiche e le loro preoccupazioni espresse sulla cura etica del paziente sono messe a tacere, non sono in grado di attuare la loro *moral agency*, e aumenta il rischio di sperimentare disagio morale (Humphries & Woods, 2016; Newton et al., 2012; Maffoni et al., 2022). Emerge inoltre che quando lo stress aumenta diminuisce la capacità di garantire un buon *caring* (Aydın et al., 2021).

Spesso il personale si è sentito esposto, non protetto e poco valorizzato, in particolare in uno studio qualitativo emerge la rabbia per non essere stati ascoltati e l'ansia per non poter erogare un buon *caring* (Bennett et al., 2020). Questo si sovrappone ai nostri risultati (Lavoie-Tremblay et al., 2022).

Inoltre, genera angoscia morale anche il non sapere come prendersi cura di questi pazienti, il timore di arrecare danno (Hu et al., 2021)(Mortensen et al., 2021).

---

<sup>81</sup> È l'unico studio come il nostro che usa la parola “antidoto”. Nel nostro caso antidoto alla sofferenza era la cura. L'analisi della letteratura è stata fatta dopo il lavoro di categorizzazione; quindi, ci sembra interessante che in ricerche diverse si arrivi a sostanzare una categoria con un termine così specifico e interessante da un punto di vista etimologico medico.

### *Implicazioni per l'assistenza e la politica sanitaria*

I responsabili delle politiche sanitarie dovrebbero finanziare più ricerca in quanto è necessaria per migliorare i risultati dei pazienti. I manager e i responsabili della sanità devono anche prestare attenzione alle barriere che i professionisti della salute in prima linea hanno sperimentato nella cura dei pazienti con COVID-19. Questi professionisti hanno bisogno di un supporto psicologico, emotivo e fisico migliore. Inoltre, hanno bisogno delle informazioni giuste al momento giusto. I responsabili delle politiche sanitarie devono fornire i protocolli che riassumano gli ultimi studi, diretti ai professionisti della salute e al pubblico e trovare strategie per una diffusione efficace e contestuale (Joo & Liu, 2021). Per superare i sentimenti negativi Yin & Zeng (2020) propongono che i leader e gli ospedali forniscano supporto per la salute mentale con programmi stabili, non solo reattivi a una situazione di emergenza, offrire spazi di ascolto per comprendere meglio le preoccupazioni degli operatori in prima linea, fornire supporto alla salute mentale per mitigare i sentimenti negativi e stabilire modi per aiutarli a far fronte all'incertezza nelle future epidemie (Joo, 2021). Inoltre, in questa situazione di isolamento del paziente, di preoccupazione per l'aggravarsi della malattia, di assenza del familiare, vi era la necessità di assicurare maggior supporto psicologico che in altre situazioni, in particolare negli studi emergeva come le infermiere abbiano riportato la necessità di assicurare un'assistenza più attenta rispetto alle cure abituali (He et al. 2020; Kackin et al. 2020). In uno studio qualitativo condotto solo su infermiere, suggerivano strategie concrete per poter affrontare con maggior sicurezza il futuro, come: fornire servizi di assistenza psicologica tramite telefono, internet e consulenza o intervento basato su applicazioni telefoniche; aumentare la comunicazione aziendale per gli infermieri; aumentare gli studi motivazionali per infermieri a livello istituzionale e nazionale; ricercare soluzioni innovative per l'uso di dispositivi di protezione individuale (Çakıcı et al., 2021). Inoltre emergono altre proposte dalla letteratura: creare spazi per *debriefing*, per incontro, per parlare; evitare l'isolamento come misura preventiva; creare ambienti positivi, dove si valorizzano le persone (non solo viste in base al loro ruolo professionale, per evitare discriminazioni); attivare risorse per prevenire problemi di salute mentale (evitare di sovraccaricare i gruppi), offrire spazi di benessere; coltivare il valore del lavoro di gruppo; offrire formazione per

competenze legate al *professionalism*, etica e non solo competenze prettamente cliniche, ossia legate alla conoscenza scientifica; favorire formazione in gruppo e non solo secondo profilo professionale; formare al *caring* e *self-care*; fornire appoggio quando si presentano problemi di salute mentale (Pollock et al., 2020). Durante il periodo COVID-19 sono state attivate molte iniziative per appoggiare i professionisti della salute. Durante il periodo COVID-19 sono state attivate molte iniziative per appoggiare i professionisti della salute. Un esempio è il programma *Team Time – reflecting together on the Covid crisis*, di cui è autore Julian Groves, un programma rivolto sia ai pazienti che ai professionisti per creare round di pratica riflessiva per poter dialogare sugli aspetti affettivi del lavoro (Groves, 2020). Purtroppo, molte di queste iniziative sono rimaste ferme al 2020, non sono diventate parte di programmi istituzionali stabili.

### *Letteratura grigia*

Si è esplorata anche letteratura informale sull'esperienza de professionisti della salute (solo per l'ambito italiano, si ricerca con le seguenti key words in google: studi infermieri esperienze covid). Vi sono innumerevoli pubblicazioni da parte dei colleghi professionali, riviste del settore e blog di singoli professionisti per poter mantenere una traccia dell'esperienza vissuta. Le tematiche si ripetono: la paura, la paura del contagio, l'isolamento, la solitudine, l'incertezza, l'essere presenti per l'altro, il sentirsi parte di un team e la gran quantità di lavoro. Sebbene non sempre questi dati siano frutto di ricerche rigorose e sistematiche, tuttavia questa letteratura (testi, video, fotografie, etc.) rappresenta un materiale ricchissimo testimone di un periodo molto duro vissuto dagli operatori sanitari. Sarebbe interessante studiare le diverse forme usate e dare valore anche a questo tipo di documentazione.

Si è fatto un'analisi esaustivo degli studi di tipo qualitativo e metasintesi. Si sono riviste anche tutte le unità significative riportate da ogni studio oltre ai risultati sintetizzati in categorie e schemi riassuntivi. I principali risultati sono i vissuti di tipo emotivo, assieme al timore per il contagio o di contagiare la famiglia, il sentire l'incertezza, la paura e il non sapere come affrontare il paziente senza delle linee guida o protocolli sicuri. Emerge inoltre da uno studio in particolare come gli infermieri abbiano imparato ad essere maggiormente empatici e a comunicare con un paziente solo e molto

spaventato (studio che aveva come obiettivo indagare la comunicazione durante questo periodo).

Non sembra evidenziarsi dagli studi presi in esame il ruolo esplicito del *care* e *caring* come sollievo al dolore morale e come antidoto alla sofferenza. Nel nostro studio il prendersi cura dell'altro e la relazione con la persona e con i colleghi sono aspetti centrali. L'essere tutti immersi nella stessa situazione fa sì che emerga un forte slancio relazionale, uno sforzo per poter sentirsi parte di una comunità, in crisi, che soffre, ma esserne pur parte. In altri studi, in particolare con infermiere, risulta l'impegno per poter assicurare un buon *caring* e come questo dia un certo sollievo. Nel nostro studio la descrizione degli atti che esercitano una forte tensione verso la cura diventa un nodo centrale. Le parole dei pratici arricchiscono inoltre di significati densi e diversificati nelle espressioni i concetti di *care*, *self-care* e *professionalism*.

## **6.2 Le possibili risposte per il futuro: la formazione al *care* come fonte di *professionalism* e benessere per il professionista sanitario**

In questo studio, dall'analisi delle narrazioni, emerge la necessità di narrare la propria storia, i vissuti, quasi come percorso di auto cura; i professionisti richiedono esplicitamente spazi per poter narrare e condividere, anche con la dirigenza, le loro esperienze perché sentono che sono utili per poter garantire qualità nell'assistenza, e pertanto richiedono ascolto, empatico e attento. Esprimono un sapere che si genera al letto del paziente che chi è in ruoli amministrativi spesso non conosce e che, secondo il professionista della salute, deve imparare a valorizzare per poter migliorare la qualità dei processi e per ponderare le scelte gestionali. Il professionista sente che se questo non diventa un sapere condiviso, si perde, e con questo si perde l'energia che l'ha generato; infatti, il motore e significato profondo di questo sapere è il contesto che l'ha generato/supportato: la sofferenza, la paura e il desiderio di poter risolvere. I professionisti della salute appellano ad un'etica dell'energia utilizzata da chi è "sul campo", che si possa trasformare in gestione, scelte, decisioni. Per fare questo sentono che l'unica forma possibile è il dialogo, aperto e sincero.

In questo il professionista della salute non ha avuto dubbi, ha mostrato coraggio, una virtù che riporta al nocciolo etico della cura; infatti, “la pratica di cura richiede spesso coraggio: il coraggio di opporsi al pensiero dominante, di dichiarare il proprio dissenso a chi si trova in posizione di potere” (Mortari, 2015, p. 174). Come si diceva nel capitolo sul metodo, la narrazione, che è in primis linguaggio, è un artefatto culturale ed è azione sociale: l’atto del narrare in sé è atto relazionale all’interno di una relazione comunicativa, tra chi narra e chi ascolta ed è azione di scambio, il cui oggetto è la storia e la narrazione. Ed è in questo andirivieni che l’identità da individuale si fa anche sociale. La narrazione si rivela essere, allora, la principale forma di produzione di senso e di interpretazione di ciò che è ignoto, a chi ascolta, ma spesso anche a chi racconta, fino a quando l’individuo stesso non si trova all’interno della propria narrazione: il narrare rappresenta quindi un luogo privilegiato per la costruzione di significato, di sé e di quanto ci accade, di quanto esperiamo e di quanto anche gli altri, dei quali siamo spettatori o coprotagonisti, esperiscono. Infine, sembra essere il modo privilegiato per accostarsi con prudenza a una situazione difficile (Lonardi, 2011, p. 4). Ed è per questo che chi scrive dice che nel narrare trova senso al dolore e alla sofferenza, si creano significati e apprendimenti collettivi, ci si identifica e riconosce come membri di uno stesso “corpo” (questo rimanda anche a un forte senso religioso e spirituale). Questo anche in sintonia con l’aver cura di sé come auto conoscenza e pratica spirituale (Mortari, 2009); sembra pertanto che, in un tempo sovvertito e in spazi non mediati dalla tecnologia, gli operatori sanitari abbiano trovato il silenzio per poter sentire la sofferenza e trovare risposte. Non più distratti dall’ordinario hanno ritrovato il senso ultimo di un tempo straordinario: l’essenza del *caring*. Hanno trovato tutte le risposte, “in un atto non meramente intellettuale, ma incarnato nel modo di essere” (Mortari, 2009, p. 11).

In sintonia con questo pensiero, che emerge dalla presente ricerca empirica, come si è visto, Mortari sostiene da un punto di vista teorico che per la cura di sé, come conoscenza di sé, come cura dell’anima per dar forma buona all’esserci, è necessario coltivare alcune pratiche spirituali, come dare attenzione, fare silenzio interiore, concedersi tempo, togliere via, cercare l’essenziale, coltivare la forza vitale e scrivere il pensare (Mortari, 2009).

In particolare, scrivere il pensare diventa esercizio spirituale e formativo, in quanto richiede di lavorare sulle parole cercando quelle che meglio esprimono il senso (questo fa riflettere molto sulle parole usate dai pratici per esprimere il difficile durante la pandemia).

Questo porta necessariamente a creare spazi per l'ascolto sincero, per il raccontarsi, a strutturare percorsi formativi riflessivi che possano nei metodi<sup>82</sup> privilegiare incontri dove la persona possa sentirsi in un dispositivo formativo libero da pregiudizi e accogliente<sup>83</sup>. Questo anche in sintonia, come si è visto, con la definizione di *professionalism* e *self-care* del Royal College, riportata nel primo capitolo: “in relazione a impegno verso sé stessi: capacità di auto-regolazione, inclusa la valutazione e il monitoraggio dei propri pensieri, comportamenti, emozioni e attenzione per prestazioni e benessere ottimali. [...] Approccio consapevole e riflessivo alla pratica [...]” (Frank et al., 2015, p.12).

Dalla voce degli stessi narranti emerge come il poter condividere le esperienze dovrebbe essere parte della formazione e dei percorsi di formazione continua e di cura del benessere del professionista in quanto si considera strategia essenziale per stare bene in gruppo. La cura del professionista e dei gruppi assistenziali risulta essere oggi un fattore critico per le istituzioni della salute. Questo visto come un elemento per garantire qualità assistenziale e quindi un alto livello di professionalismo.

Inoltre, chi scrive dice che la capacità di erogare un buon *caring* alimenta il benessere del professionista in quanto si sente capace di esserci anche nel momento in cui le cure

---

<sup>82</sup> Le *medical humanities* e la medicina narrativa rappresentano percorsi che, sebbene abbiano ancora qualche nodo critico legato alla valutazione, favoriscono la riflessione sul *professionalism*, *care* e *self-care* (Zannini, 2008; Charon, 2006).

<sup>83</sup> Molto precocemente, durante il periodo COVID-19, alcune strutture sanitarie e assistenziali si sono adoperate per organizzare percorsi formativi per favorire il benessere del professionista della salute. In alcuni casi si sono centrati sull'attivare la riflessione sulla cura, la cura di sé e l'etica della cura. Personalmente ho partecipato nel ruolo di facilitatore a due corsi organizzati presso l'Ospedale di Vicenza, con metodologie basate sulle *medical humanities* e medicina narrativa, dove il professionista poteva elaborare, attraverso un percorso strutturato, l'esperienza vissuta durante il COVID-19 attraverso testi scritti, filmici e pittorici. Ho sentito molto forte da parte delle persone la necessità di raccontarsi e di dare un significato collettivo ai vissuti per poter andare avanti nonostante la sofferenza provata.

non sono più in grado di alleviare e resta solo la persona e la sua capacità di accompagnare. Questo trova il suo pieno fondamento filosofico nelle parole di Mortari discusse nel primo capitolo, laddove la cura si configura come una risposta alla necessità dell'altro, è un modo di *esser-ci-con-l'altro* in quanto ci si sente necessitati. “Non è una questione di dover essere, ma è un sentire quella cosa come necessaria che fa decidere per la responsabilità della cura. Si fa perché dev'essere fatto” (Mortari, 2006, p.101).

La domanda centrale della ricerca trova pertanto risposta nelle parole dei pratici: la formazione al *care* diventa fonte di benessere e alimenta il *professionalism*. Il formarsi a pratiche riflessive su di sé, sull'altro, sulle domande essenziali che sostengono la vocazione e un buon comportamento professionale diventano elementi indispensabili su cui soffermarsi per chi si occupa di formazione e di percorsi di *life long learning*. Pertanto, la formazione al *professionalism* e al *care* diventa un altro fattore critico per le istituzioni formative e sanitarie, che dovranno saper dare una risposta a questa necessità per il bene dei professionisti, dei pazienti e di tutta la comunità.

La revisione della letteratura non ha evidenziato una relazione diretta tra *professionalism* e *care* e *self-care* per i professionisti della salute. Come si è visto dai risultati della revisione narrativa, il *care* è tuttavia strettamente vincolato all'assistenza del paziente, alla relazione e all'empatia. Certamente in epoca post COVID-19 è altamente probabile, con i risultati degli studi sulle esperienze dei professionisti della salute, che si attivino nuovi percorsi e che si vedranno pubblicate nuove evidenze sul tema.

A conclusione di questo lavoro si vorrebbe riprendere la definizione di *professionalism* del Royal College, che introduce per primo il concetto di *self-care* nel *professionalism* e che ci sembra quella che maggiormente si rifletta nei risultati della ricerca.

*In quanto professionisti, i medici sono impegnati per la salute e il benessere di ogni singolo paziente e della società attraverso una pratica etica, un elevato standard del comportamento personale, la responsabilità per la professione e la società e per mantenere la salute personale. (Frank et al, 2015, p.10)*



Come integrazione a questa definizione e in base a quanto emerso dalla ricerca, ci sembra che si dovrebbe esplicitare la cura della relazione, con sé stessi e gli altri, nel gruppo e con le persone. Ci sembra che l'aspetto della cura come emerge dalla voce dei pratici dovrebbe essere maggiormente presente, e in particolare il *self-care* come spazio per il benessere del professionista sanitario.

Il *professionalism* secondo Ludwig è una “tensione” a fare il bene e ad agire secondo il rispetto e le virtù per tutta la vita. Durante un periodo sommamente difficile si nota come questa “tensione” si rafforza, diventa collettiva. Sembra che quando è una difficoltà comune si sente la forza del gruppo e dei valori. Invece quando è individuale, vissuta in solitudine, sembra perdersi, diventa, *burnout*, e pertanto il *professionalism* viene meno, a volte in modo inconsapevole.

## Conclusione

Il presente lavoro parte da una domanda sul *professionalism* e la relazione con la cura e l'auto-cura. Si è visto come in letteratura sia complesso arrivare a una risposta unica e, sebbene negli anni si sia posta anche l'attenzione sul *self-care*, tuttavia il focus rimane sempre forte sul *care*, ossia sulla relazione del professionista con la persona. Sebbene il *self-care* sia stato definito come requisito per un comportamento professionale adeguato, tuttavia non è ancora parte di una cultura "agita" del *professionalism*, ancora alla ricerca di un difficile equilibrio tra esigenza e benessere del professionista. Nonostante ciò, dalla nostra ricerca risulta come sulla percezione di benessere del professionista abbia un forte impatto la capacità di erogare un buon *caring* e la cura della relazione nel team. Si nota pertanto come i tre concetti, *professionalism*, *care* e *self-care* siano in relazione tra di loro, multidimensionali, e determinati dal contesto, valori e cultura di un ambiente professionale. Si è visto anche come dipendano da quanto si riconosca e si agisca, anche con corsi di formazione, da parte della dirigenza il benessere di ogni integrante della comunità, non solo quello della persona malata.

La pandemia per COVID-19 si è presentata improvvisamente a sistemi di salute collassati e con professionisti sanitari con alti livelli di *burnout* e problemi di lavoro in equipe. La pandemia ha messo in evidenza quanto questi sistemi fossero in crisi, con la impellente necessità di modernizzarsi, ne ha scoperto le problematiche e le difficoltà. Ha in particolare messo i riflettori sui sistemi di gestione, sui gestori che sono stati incapaci di reagire con flessibilità e ascolto di chi doveva prendersi cura delle persone, esponendo la loro stessa vita a pericolo. Ha anche messo in evidenza il coraggio e la vocazione di molte persone che in prima linea si sono interrogate profondamente su come assistere e accompagnare le persone e le famiglie, spesso mettendo a rischio la loro stessa sicurezza e incolumità. Quando si interroga, il professionista della salute descrive tutta la paura, la sofferenza, l'angoscia morale provata. Parla anche della rabbia sentita per non aver ricevuto l'appoggio che avrebbe voluto, ma emerge anche la forza del gruppo, il saper tenersi assieme quando si è nel difficile.

Nel difficile emerge anche il desiderio di raccontare la propria esperienza per poter contribuire a migliorare e apportare in modo concreto ai sistemi di salute (si ricordi che nell'email di invito a partecipare alla ricerca si esplicitava che la finalità era di recuperare

le esperienze dalla voce dei protagonisti per costruire una miglior comprensione dei vissuti dei professionisti per migliorare la gestione relazionale, organizzativa e assistenziale). C'è anche in chi scrive la necessità di raccontarsi, di trasformare i vissuti in esperienze, di elaborare il dolore. Dalla voce degli stessi narranti emerge come il poter condividere le esperienze dovrebbe essere parte della formazione e dei percorsi di formazione continua e di cura del benessere del professionista in quanto si considera strategia essenziale per stare bene in equipe. La cura, in sintonia con quanto descritto da Mortari, del professionista e dei gruppi assistenziali emerge come un fattore critico per le istituzioni della salute. Questo visto come un elemento per garantire qualità assistenziale e quindi un alto livello di professionalismo.

Si evidenzia inoltre dalle parole dei pratici che la capacità di erogare un buon *care* alimenta il benessere del professionista in quanto si sente capace di esserci anche nel dolore dell'altro. Tuttavia, è un modo nuovo di fare care, che torna alle origini, che non si basa su indicatori di qualità: il paziente soffre e muore lo stesso. Quello che si riconosce come unico atto di care valido è il saper stare vicino al letto della persona che soffre, accompagnare al morire, anche se non se non ci si sente competenti. C'è il forte desiderio di non abbandonare l'altro nella sofferenza e questo si riconosce come care e anche come una sorta di pace, in un momento in cui le cure non sono in grado di alleviare e resta solo la persona, senza la mediazione delle macchine e della tecnologia, sola con la sua capacità di accompagnare, che diventa vera arte e terapia.

Questo anche in sintonia con quanto descritto da Mortari nella sua teoria della cura e auto cura: siamo esseri relazionali e nella cura di sé e dell'altro trova un senso l'esistenza. La cura come 'premura per l'altro' permette di trovare un senso al difficile e di poter andare avanti, di non perdersi nel dolore.

*L'aver cura dell'esserci è tutt'uno dell'aver cura del con-esser-ci e dunque con l'aver cura degli altri. Esserci è aver cura e in questa cura ci sono io-con-altri. La cura, come premura per l'altro [...] è condizione indispensabile per una vita buona. (Mortari, 2015, p.46).*

Pertanto, la formazione al *professionalism* e al *care* e al *self-care* diventa un fattore critico per le istituzioni formative e sanitarie, diventa una questione attuale da affrontare attuando progetti concreti e di qualità. La sfida diventa come far dialogare la ricerca teorica, che si occupa dell'essenza eidetica, con i risultati della ricerca empirica, che coglie l'essenza concreta in relazione alle pratiche di cura nella formazione dei professionisti della salute. Ad esempio, il poter riprendere gli aspetti principali che emergono da questa ricerca per poter poi tradurli in appoggio concreto alle istituzioni sanitarie, alle persone, pazienti, famiglie, professionisti della salute, come la necessità di formazione, di appoggio, di ascolto, di essere valorizzati, di avere spazi per recuperare (*recovering, healing*); di avere una relazione diretta e di fiducia con la dirigenza. Della necessità di una dirigenza formata, organizzata, sensibile, attenta, che sappia valorizzare tutti i ruoli professionali. I professionisti hanno mostrato con le loro parole la preoccupazione per il paziente, il senso del dovere, la vocazione. Sarebbe doveroso focalizzarsi su questi aspetti per poter offrire loro tutto l'appoggio e l'aiuto che richiedono, soprattutto il poter aprire spazi per il dialogo e l'ascolto. Se il sistema sa prendersi cura dei suoi professionisti, la cura per i pazienti sarà di alto livello e qualità.

Come dice Mortari "C'è necessità di un pensiero attento alla vita, alla materia vivente" (Mortari, 2017, p.158). La ricerca condotta offre direzioni di pensiero che permettono di ritrovarsi attorno ai temi emersi e di pensare alla realtà in un modo diverso, creativo, che possa salvaguardare il bene, e anche che possa portare a nuove scelte in quanto non possiamo "rimanere affondati nella fenomenologia" (Mortari, ibidem), con la necessità di trovare, rispetto ad alcune questioni decisive, nuove risposte per ripensare ai sistemi della salute. I professionisti della salute hanno descritto condizioni essenziali che permetterebbero loro di lavorare meglio e con maggior tranquillità, per il paziente e per il loro benessere.

Ci auguriamo che i risultati di questo studio possano fornire dati per prendere decisioni e che possano offrire un'occasione per ripensare veramente al futuro delle istituzioni della salute e al bene per chi si dedica tutti i giorni alla cura.

Questo anche per onorare chi, con tanta generosità e fiducia nel futuro, ha trovato il tempo e l'energia per condividere con noi la sua storia, lasciando così una traccia per costruire insieme un futuro migliore.

Si conclude questo percorso con le parole di una specializzanda, pubblicate nel 2020 sul JAMA:

At work I can't eat, at night I can't sleep.  
The dreams I have now have only three  
themes: gasping for breath; wiping  
things down; somehow, by accident,  
being touched by somebody.... We can't  
go on, and we go on: back to work, back  
to rounds, back to the next case coming  
crashing in. It is no use to think about  
the future, our training, or what happens  
next. We are all attending now to a  
historic and global suffering and learning  
the limit of the grief our hearts can bear.

Tsai C. Personal risk and societal obligation amidst COVID-19. JAMA. 2020; 323:1555–1556.

## **RINGRAZIAMENTI**

Ringrazio in modo particolare la Professoressa Luigina Mortari, per il suo rigore metodologico, la sua capacità di esserci e di guidarmi con pazienza nell'apprendimento rendendolo un tempo buono.

Ringrazio la mia famiglia e tutte le persone che mi hanno appoggiata con instancabile energia positiva, comprensione e amore.

## BIBLIOGRAFIA CAPITOLO 1

- 1) Adesoye, T., Davis, C. H., Del Calvo, H., Shaikh, A. F., Chegiredy, V., Chan, E. Y., Martinez, S., Pei, K. Y., Zheng, F., & Tariq, N. (2021). "Optimization of Surgical Resident Safety and Education During the COVID-19 Pandemic – Lessons Learned." *Journal of Surgical Education*, 78(1), 315–320. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.06.040>
- 2) Aggarwal, R., Deutsch, J. K., Medina, J., & Kothari, N. (2017). Resident Wellness: An Intervention to Decrease Burnout and Increase Resiliency and Happiness. *MedEdPORTAL*, 13(1), mep\_2374-8265.10651. [https://doi.org/10.15766/mep\\_2374-8265.10651](https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10651)
- 3) Aherne, D., Farrant, K., Hickey, L., Hickey, E., McGrath, L., & McGrath, D. (2016). Mindfulness based stress reduction for medical students: Optimising student satisfaction and engagement. *BMC Medical Education*, 16(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0728-8>
- 4) Aird, P. (2015). Are we too busy to be happy? *British Journal of General Practice*, 65(634), 256–256. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X684961>
- 5) Al-Eraky, M. M. (2015). Twelve Tips for teaching medical professionalism at all levels of medical education. *Medical Teacher*, 37(11), 1018–1025. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1020288>
- 6) Ayala, E. E., Omorodion, A. M., Nmecha, D., Winseman, J. S., & Mason, H. R. C. (2017). What Do Medical Students Do for Self-Care? A Student-Centered Approach to Well-Being. *Teaching and Learning in Medicine*, 29(3), 237–246. <https://doi.org/10.1080/10401334.2016.1271334>
- 7) Ayala, E. E., Winseman, J. S., Johnsen, R. D., & Mason, H. R. C. (2018). U.S. medical students who engage in self-care report less stress and higher quality of life. *BMC Medical Education*, 18(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1296-x>
- 8) Benaglio C. (2004), in *Il corpo-paziente: da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*. A cura di Zannini L. Milano. F. Angeli
- 9) Berger, A. S., Niedra, E., Brooks, S. G., Ahmed, W. S., & Ginsburg, S. (2020). Teaching Professionalism in Postgraduate Medical Education: A Systematic Review. *Academic Medicine*, 95(6), 938–946. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002987>
- 10) Birden, H., Glass, N., Wilson, I., Harrison, M., Usherwood, T., & Nass, D. (2014). Defining professionalism in medical education: A systematic review. *Medical Teacher*, 36(1), 47–61. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.850154>

- 11) 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) 2017. *Revista médica de Chile*, 145(10), 1330–1335. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017001001330>
- 12) Blackmore, C., Austin, J., Lopushinsky, S. R., & Donnon, T. (2014). Effects of Postgraduate Medical Education “Boot Camps” on Clinical Skills, Knowledge, and Confidence: A Meta-Analysis. *Journal of Graduate Medical Education*, 6(4), 643–652. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-13-00373.1>
- 13) Blanco, M., Maderer, A., Price, L., Epstein, S., & Summergrad, P. (2013). Efficiency is not enough; you have to prove that you care: Role modelling of compassionate care in an innovative resident-as-teacher initiative. *Education for Health*, 26(1), 60. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.112805>
- 14) Blank, L. (2002). *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*. *Annals Internal medicine*. Feb 5;136(3):243-6. doi: 10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012.
- 15) Branch, W. T., Frankel, R., Gracey, C. F., Haidet, P. M., Weissmann, P. F., Cantey, P., Mitchell, G. A., & Inui, T. S. (2009). A Good Clinician and a Caring Person: Longitudinal Faculty Development and the Enhancement of the Human Dimensions of Care: *Academic Medicine*, 84(1), 117–125. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181900f8a>
- 16) Brennan, M.D., Monson V. (2014). Professionalism: Good for Patients and Health Care Organizations. *Mayo Clin Proc*. May;89(5):644-52. Doi 10.1016/j.mayocp.2014.01.011
- 17) Burkhardt, M., Nagai-Jacobson, M. (2001). Nurturing and caring for self. *Nursing Clinics of North America*, 16(1):23-31. PMID: 11342399
- 18) Busireddy, K. R., Miller, J. A., Ellison, K., Ren, V., Qayyum, R., & Panda, M. (2017). Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 9(3), 294–301. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-16-00372.1>
- 19) Bustraan, J., Dijkhuizen, K., Velthuis, S., van der Post, R., Driessen, E., van Lith, J. M. M., & de Beaufort, A. J. (2019). Why do trainees leave hospital-based specialty training? A nationwide survey study investigating factors involved in attrition and subsequent career choices in the Netherlands. *BMJ Open*, 9(6), e028631. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028631>



- 20) Byszewski, A., Hendelman, W., McGuinty, C., & Moineau, G. (2012). Wanted: Role models - medical students' perceptions of professionalism. *BMC Medical Education*, 12(1), 115. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-115>
- 21) Charon, R. (2001). Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*, 286(15), 1897. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
- 22) Charon, R. (2012). Commentary: Our Heads Touch. *Academic Medicine*, 87(9), 1154–1156. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182628d6f>
- 23) Chipidza, F. E., Wallwork, R. S., Stern, T. A. (2015). Impact of the Doctor-Patient Relationship. *Primary Care Companion for CNS disorders*, Oct 22;17(5):10.4088/PCC.15f01840. doi: 10.4088/PCC.15f01840. eCollection 2015.
- 24) Conran, R. M., Powell, S. Z.-E., Domen, R. E., McCloskey, C. B., Bissette, M. D., Cohen, D. A., Dixon, L. R., George, M. R., Gratzinger, D. A., Post, M. D., Roberts, C. A., Rojiani, A. M., Timmons, C. F., Johnson, K., & Hoffman, R. D. (2018). Development of Professionalism in Graduate Medical Education: A Case-Based Educational Approach from the College of American Pathologists' Graduate Medical Education Committee. *Academic Pathology*, 5, 237428951877349. <https://doi.org/10.1177/2374289518773493>
- 25) Constand, M. K., MacDermid, J. C., Dal Bello-Haas, V., & Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Services Research*, 14(1), 271. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>
- 26) Cruess, S. R., (2006). Professionalism and Medicine's Social Contract with Society. *CLINICAL ORTHOPAEDICS AND RELATED RESEARCH*, 449, 170-176. <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000229275.66570.97>
- 27) DasGupta, S., & Charon, R. (2004). Personal Illness Narratives: Using Reflective Writing to Teach Empathy: *Academic Medicine*, 79(4), 351–356. <https://doi.org/10.1097/00001888-200404000-00013>
- 28) Davenport, D. L., Henderson, W. G., Hogan, S., Mentzer, R. M., & Zwischenberger, J. B. (2008). Surgery resident working conditions and job satisfaction. *Surgery*, 144(2), 332-338.e5. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2008.03.038>
- 29) Daya, Z., & Hearn, J. H. (2018). Mindfulness interventions in medical education: A systematic review of their impact on medical student stress, depression, fatigue and burnout. *Medical Teacher*, 40(2), 146–153. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1394999>

- 30) Demiris, G., Oliver, D. P., & Washington, K. T. (2019). Defining and Analyzing the Problem. *In Behavioral Intervention Research in Hospice and Palliative Care* (pp. 27–39). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814449-7.00003-X>
- 31) Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Trojanowski, L., & Rea, M. (2017). The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: A systematic literature review. *BMC Medical Education*, *17*(1), 195.
- 32) Di Cioccio, L. (2002). Il Giuramento di Ippocrate tra metodologia, storia e tradizione nella medicina del terzo millennio. Casa Editrice Scientifica Internazionale. ISBN 88-86062-75-3
- 33) 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. <https://doi.org/10.1097/00001888-200604000-00009>
- 34) Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2011). Commentary: Medical Student Distress: A Call to Action. *Academic Medicine*, *86*(7), 801–803. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31821da481>
- 35) Dyrbye, L., & Shanafelt, T. (2016). A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Medical Education*, *50*(1), 132–149. <https://doi.org/10.1111/medu.12927>
- 36) Epstein, R. M. (2002). Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA*, *287*(2), 226. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
- 37) 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), 495–497. <https://doi.org/10.1080/01421590701506874>
- 38) Fernanda, B., Cabrera, D., Sadosty, A., Hess, E., Campbell, R., Lohse, C., & Sunga, K. (2014). Compassion Fatigue is Similar in Emergency Medicine Residents Compared to other Medical and Surgical Specialties. *Western Journal of Emergency Medicine*, *15*(6), 629–635. <https://doi.org/10.5811/westjem.2014.5.21624>
- 39) Fletcher, K. E., Underwood, W., Davis, S. Q., Mangrulkar, R. S., McMahon, L. F., & Saint, S. (2005). Effects of Work Hour Reduction on Residents' Lives: A Systematic Review. *JAMA*, *294*(9), 1088. <https://doi.org/10.1001/jama.294.9.1088>
- 40) Fletcher, K. E., Wiest, F. C., Halasyamani, L., Lin, J., Nelson, V., Kaufman, S. R., Saint, S., & Schapira, M. (2008). How Do Hospitalized Patients Feel About Resident Work Hours, Fatigue, and Discontinuity of Care? *Journal of General Internal Medicine*, *23*(5), 623–628. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0384-0>

- 41) Frank, J. R., Snell, L., Sherbino, J., & Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2015). *CanMEDS 2015: Physician competency framework*.
- 42) Gillon, R. (1994). Medical ethics: Four principles plus attention to scope. *BMJ*, 309(6948), 184–184. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6948.184>
- 43) Gaiser, R. R. (2009). The Teaching of Professionalism During Residency: Why It Is Failing and a Suggestion to Improve Its Success: *Anesthesia & Analgesia*, 108(3), 948–954. <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e3181935ac1>
- 44) Giordano, P. *Nel contagio*, 2020, Torino: Einaudi Editore.
- 45) Green, A. A., & Kinchen, E. V. (2021). The Effects of Mindfulness Meditation on Stress and Burnout in Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 39(4), 356–368. <https://doi.org/10.1177/08980101211015818>
- 46) Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: Secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101–117. [https://doi.org/10.1016/S0899-3467\(07\)60142-6](https://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6)
- 47) Grendar, J., Beran, T., & Oddone-Paolucci, E. (2018). Experiences of pressure to conform in postgraduate medical education. *BMC Medical Education*, 18(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1108-8>
- 48) Hassmiller, S. (2017). The essence of nursing care. *Am J Nurs*. May; 117(5):7. doi:10.1097/01.NAJ.0000516250.61687.63
- 49) Houpy, J. C., Lee, W. W., Woodruff, J. N., & Pincavage, A. T. (2017). Medical student resilience and stressful clinical events during clinical training. *Medical Education Online*, 22(1), 1320187. <https://doi.org/10.1080/10872981.2017.1320187>
- 50) Huggard, P., & Dixon, R. (2011). Tired of Caring?: The Impact of Caring on Resident Doctors. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, Jan (3), 105-112
- 51) IsHak, W., Nikraves, R., Lederer, S., Perry, R., Ogunyemi, D., & Bernstein, C. (2013). Burnout in medical students: A systematic review. *The Clinical Teacher*, 10(4), 242–245. <https://doi.org/10.1111/tct.12014>
- 52) Jarvis-Selinger, S., Pratt, D. D., & Regehr, G. (2012). Competency Is Not Enough: Integrating Identity Formation into the Medical Education Discourse. *Academic Medicine*, 87(9), 1185–1190. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182604968>
- 53) Jauregui, J., Gatewood, M., Ilgen, J., Schaninger, C., & Strote, J. (2016). Emergency Medicine Resident Perceptions of Medical Professionalism. *Western Journal of Emergency Medicine*, 17(3), 355–361. <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.2.29102>

- 54) Jordan, J., Watcha, D., Cassella, C., Kaji, A. H., & Trivedi, S. (2019). Impact of a Mentorship Program on Medical Student Burnout. *AEM Education and Training*, 3(3), 218–225. <https://doi.org/10.1002/aet2.10354>
- 55) Kalfoss, M., Owe, J. (2016). Building knowledge: The concept of Care. *Open Journal of Nursing*. Vol.6, 12, 995-1011. Doi: 10.4236/ojn.2016.612096
- 56) Kalra, S., & Punyani, H. (2020.). Handling compassion fatigue in diabetes. *Primary care Diabetes*, 70(2), 366-367
- 57) Kassam, A., Horton, J., Shoimer, I., & Patten, S. (2015). Predictors of Well-Being in Resident Physicians: A Descriptive and Psychometric Study. *Journal of Graduate Medical Education*, 7(1), 70–74. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-14-00022.1>
- 58) Kemper, K. J., & Yun, J. (2015). Group Online Mindfulness Training: Proof of Concept. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 20(1), 73–75. <https://doi.org/10.1177/2156587214553306>
- 59) Kirk, L. M. (2007). Professionalism in Medicine: Definitions and Considerations for Teaching. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 20(1), 13–16. <https://doi.org/10.1080/08998280.2007.11928225>
- 60) Kow, C. S., Teo, Y. H., Teo, Y. N., Chua, K. Z. Y., Quah, E. L. Y., Kamal, N. H. B. A., Tan, L. H. E., Cheong, C. W. S., Ong, Y. T., Tay, K. T., Chiam, M., Mason, S., & Krishna, L. K. R. (2020). A systematic scoping review of ethical issues in mentoring in medical schools. *BMC Medical Education*, 20(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02169-3>
- 61) Lacasse, M., Lee, S., Ghavam-Rassoul, A., & Batty, H. P. (2009). Integrating teaching into the busy resident schedule: A learner-centered approach to raise efficiency (L-CARE) in clinical teaching. *Medical Teacher*, 31(11), e507–e513. <https://doi.org/10.3109/01421590902842409>
- 62) Lebensohn, P., Dodds, S., Benn, R., Brooks, A. J., Birch, M., Cook, P., Schneider, C., Sroka, S., Waxman, D., & Maizes, V. (2013). Resident Wellness Behaviors: *Family Medicine*, Sep;45(8):541-9. PMID: 24129866
- 63) Lijoi, A. F., & Tovar, A. D. (2020). Narrative medicine: Re-engaging and re-energizing ourselves through story. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 55(5), 321–330. <https://doi.org/10.1177/0091217420951039>
- 64) Lovell, B. (2018). What do we know about coaching in medical education? A literature review. *Medical Education*, 52(4), 376–390. <https://doi.org/10.1111/medu.13482>
- 65) Ludwig, S. (2014). Domain of Competence: Professionalism. *Academic Pediatrics*, 14(2), S66–S69. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.11.013>
- 66) Malik, S., Younus, R., Mahmud, Q., Fatima, A., Jabbar, N., Nasir, S. A., Malik, M., & Malik, S. (2020). The ‘Octopus’ Skills Model of a Medical

Professional: A Focus Group Discussion [Preprint]. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-16618/v1>

- 67) Martínez, N., Connelly, C. D., Pérez, A., & Calero, P. (2021). Self-care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(4), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.08.007>
- 68) Maturana, A., & Benaglio, C. (2014). Medicina Basada en Evidencia: ¿podemos confiar en los resultados de los estudios clínicos aleatorizados bien diseñados? *Revista chilena de pediatría*, 85(5), 533–538. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062014000500002>
- 69) McCray, L. W., Cronholm, P. F., Bogner, H. R., Gallo, J. J., & Neill, R. A. (2008). *Resident Physician Burnout: Is There Hope?* *Family medicine*, 2008 Oct;40(9):626-32.
- 70) McLuckie, A., Matheson, K. M., Landers, A. L., Landine, J., Novick, J., Barrett, T., & Dimitropoulos, G. (2018). The Relationship Between Psychological Distress and Perception of Emotional Support in Medical Students and Residents and Implications for Educational Institutions. *Academic Psychiatry*, 42(1), 41–47. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0800-7>
- 71) Minford, E. J., & Manning, C. L. (2017). Current status and attitudes to self-care training in UK medical schools. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0032-4>
- 72) Mirza, W., Mirza, A. M., Saleem, M. S., Chacko, P. P., Ali, M., Tarar, M. N., Babar, A., Freiwald, J., & Talitskiy, K. (2018). Well-being Assessment of Medical Professionals in Progressive Levels of Training: Derived from the WHO-5 Well-being Index. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.3790>
- 73) Mortari, L. (2015). *La filosofia della cura*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- 74) Mortari, L. (2009). *Aver cura di sé*. Milano: Bruno Mondadori
- 75) Mortari, L., MELARETE, Volume 1, CURA ETICA, VIRTÙ, Vita e Pensiero, 2019
- 76) Olson, K., & Kemper, K. J. (2014). Factors Associated with Well-being and Confidence in Providing Compassionate Care. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 19(4), 292–296. <https://doi.org/10.1177/2156587214539977>
- 77) O’Sullivan, H., van Mook, W., Fewtrell, R., & Wass, V. (2012). Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. *Medical Teacher*, 34(2), e64–e77. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.655610>
- 78) Outram, S., & Kelly, B. (2014). “You teach us to listen ... but you don’t teach us about suffering”: Self-care and resilience strategies in medical school curricula. *Perspectives on Medical Education*, 3(5), 371–378. <https://doi.org/10.1007/s40037-014-0145-9>

- 79) Passi, V., Johnson, S., Peile, E., Wright, S., Hafferty, F., & Johnson, N. (2013). Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. *Medical Teacher*, 35(9), e1422–e1436. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.806982>
- 80) Patel, R. S., Sekhri, S., Bhimanadham, N. N., Imran, S., & Hossain, S. (2019). A Review on Strategies to Manage Physician Burnout. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.4805>
- 81) Pérez-Álvarez, C., Gallego-Royo, A., Marco-Gómez, B., Martínez-Boyeró, T., Altisent, R., Delgado-Marroquín, M.-T., & Astier-Peña, M. P. (2019). Resident Physicians as Patients: Perceptions of Residents and Their Teaching Physicians. *Academic Psychiatry*, 43(1), 67–70. <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0981-8>
- 82) Phillips, S. P., & Dalgarno, N. (2017). Professionalism, professionalization, expertise and compassion: A qualitative study of medical residents. *BMC Medical Education*, 17(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0864-9>
- 83) Pilarsky, A., Simonson, J., Coldebella, L., Jacobson, N., Swisher, L., Lopez, N., Perino, A. (2017). Resident well – being. A guide for Residency Programs. *Editor HCPro* ISBN 978-1683086048
- 84) Plews-Ogan, M., May, N., Owens, J., Ardelt, M., Shapiro, J., & Bell, S. K. (2016). Wisdom in Medicine: What Helps Physicians After a Medical Error? *Academic Medicine*, 91(2), 233–241. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000886>
- 85) 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. <https://doi.org/10.1007/s10447-019-09382-w>
- 86) Pulcrano, M., Evans, S. R. T., & Sosin, M. (2016). Quality of Life and Burnout Rates Across Surgical Specialties: A Systematic Review. *JAMA Surgery*, 151(10), 970. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.1647>
- 87) Račić, M., Virjević, A., Ivković, N., Joksimović, B. N., Joksimović, V. R., & Mijovic, B. (2019). Compassion fatigue and compassion satisfaction among family physicians in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 25(4), 630–637. <https://doi.org/10.1080/10803548.2018.1440044>
- 88) Ripp, J. A., Privitera, M. R., West, C. P., Leiter, R., Logio, L., Shapiro, J., & Bazari, H. (2017a). Well-Being in Graduate Medical Education: A Call for Action. *Academic Medicine*, 92(7), 914–917. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001735>
- 89) Ripp, J. A., Privitera, M. R., West, C. P., Leiter, R., Logio, L., Shapiro, J., & Bazari, H. (2017b). Well-Being in Graduate Medical Education: A Call for Action. *Academic Medicine*, 92(7), 914–917. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001735>

- 90) Rosen, D., H., and Uyen Hoang (2017). *Patient Centered Medicine: a Human experience*, Oxford University Press
- 91) Roy, C. (2018). Key Issues in Nursing Theory: Developments, Challenges, and Future Directions. *Nurs Res.* Mar/Apr;67(2):81-92. Doi: 10.1097/NNR 0000000000000266
- 92) Sadeghi Avval Shahr, H., Yazdani, S., & Afshar, L. (2019). Professional socialization: An analytical definition. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. <https://doi.org/10.18502/jmehm.v12i17.2016>
- 93) Sala, V., Moja, L., Moschetti, I., Bidoli, S., Pistotti, V., & Liberati, A. (n.d.). *Revisioni sistematiche—Breve guida all'uso*. *Centro Cochrane Italiano*. <http://www.cochrane.it/sites/cochrane.it/files/uploads/guidausorevisioni.pdf>
- 94) Sanchez-Reilly, S., Morrison, L., Carey, E., Bernacki, R., O'Neill, L., Kapo, J., Periyakoil, V., & Thomas, J. (2013). Caring for oneself to care for others: Physicians and their self-care. *Journal of Supportive Oncology*, 11(2), 75–81. <https://doi.org/10.12788/j.suponc.0003>
- 95) Sandars, J. (2009). The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Medical Teacher*, 31(8), 685–695. <https://doi.org/10.1080/01421590903050374>
- 96) Sandover, S., Jonas-Dwyer, D., & Marr, T. (2015). Graduate entry and undergraduate medical students' study approaches, stress levels and ways of coping: A five-year longitudinal study. *BMC Medical Education*, 15(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0284-7>
- 97) Satterfield, J. M., & Becerra, C. (2010). Developmental challenges, stressors and coping strategies in medical residents: A qualitative analysis of support groups: Challenges, stressors and coping in medical residents. *Medical Education*, 44(9), 908–916. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03736.x>
- 98) Scheepers, R. A., Emke, H., Epstein, R. M., & Lombarts, K. M. J. M. H. (2020). The impact of mindfulness-based interventions on doctors' well-being and performance: A systematic review. *Medical Education*, 54(2), 138–149. <https://doi.org/10.1111/medu.14020>
- 99) Schiller, J. H., Stansfield, R. B., Belmonte, D. C., Purkiss, J. A., Reddy, R. M., House, J. B., & Santen, S. A. (2018). Medical Students' Use of Different Coping Strategies and Relationship with Academic Performance in Preclinical and Clinical Years. *Teaching and Learning in Medicine*, 30(1), 15–21. <https://doi.org/10.1080/10401334.2017.1347046>
- 100) Seligman, M. (2019). Positive Psychology: A personal History. *Annu Rev Clin Psychol.* May 7:15: 1-23.doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095653. Epub 2018 Dec 10.
- 101) Seymour, P., Watt, M., MacKenzie, M., & Gallea, M. (2018). Professional Competencies ToolKit: Using Flash Cards to Teach Reflective Practice to



Medical Students in Clinical Clerkship. *MedEdPORTAL*, 14(1), mep\_2374-8265.10750. [https://doi.org/10.15766/mep\\_2374-8265.10750](https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10750)

- 102) Silva Junior, E., Balsanelli, A., Neves, V. (2020). Care of the self in the daily living of nurses: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Mar 30;73(2). e20180668. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0668. eCollection 2020.
- 103) Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
- 104) Spicker, S. F., Ratzam, R. M. (1990). Ars medicina et conditio humana. Edmund D. Pellegrino, M.D., on his 70th birthday. *The Journal of Medicine and Philosophy*, Jun;15(3): 327-41. doi: 10.1093/jmp/15.3.327.
- 105) Spinsanti, S. 1991. *Bioetica e Antropologia Medica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1991, pp. 27-35
- 106) Spinsanti, S. 1993. Edmund Pellegrino: Nella tradizione del medico-filosofo. *L'Arco di Giano*, n.3, 183-193.
- 107) Stark, M.A., Manning-Walsh, J., Vliem, S. (2005). Caring for self while learning to care for others: a challenge for nursing students. *Journal of Nursing education*, 44(6):266-270. Doi: 10.3928/01484834-20050601-05
- 108) Stern, D. T. (2006). The Developing Physician—Becoming a Professional. *N Engl J Med*, Oct 26;355(17):1794-9. doi: 10.1056/NEJMra054783.
- 109) Taylor, A., Lehmann, S., & Chisolm, M. (2017). Integrating humanities curricula in medical education: A literature review [Version 2]. *MedEd-Publish*, 6(2). <https://doi.org/10.15694/mep.2017.000090.2>
- 110) Thomas, N. K. (2004). Resident burnout. *JAMA*, 292(23), 2880–2889. <https://doi.org/10.1001/jama.292.23.2880>
- 111) Thompson, G., McBride, R. B., Hosford, C. C., & Halaas, G. (2016). Resilience Among Medical Students: The Role of Coping Style and Social Support. *Teaching and Learning in Medicine*, 28(2), 174–182. <https://doi.org/10.1080/10401334.2016.1146611>
- 112) Tian, L., Pu, J., Liu, Y., Zhong, X., Gui, S., Song, X., Xu, S., Zhou, X., Wang, H., Zhou, W., Chen, J., & Xie, P. (2019). Relationship between burnout and career choice regret among Chinese neurology postgraduates. *BMC Medical Education*, 19(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1601-3>
- 113) Toklu, H. Z., & Fuller, J. C. (2017). Mentor-mentee Relationship: A Win-Win Contract in Graduate Medical Education. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.1908>



- 114) Tucker, T., Bouvette, M., Daly, S., & Grassau, P. (2017). Finding the sweet spot: Developing, implementing and evaluating a burn out and compassion fatigue intervention for third year medical trainees. *Evaluation and Program Planning*, 65, 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2017.07.006>
- 115) Van der Wal, M. A., Schönrock-Adema, J., Scheele, F., Schripsema, N. R., Jaarsma, A. D. C., & Cohen-Schotanus, J. (2016). Supervisor leadership in relation to resident job satisfaction. *BMC Medical Education*, 16(1), 194. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0688-z>
- 116) Vassar, L. (2015). *ACGME seeks to transform residency to foster wellness*. <https://www.ama-assn.org/medical-residents/medical-resident-wellness/acgme-seeks-transform-residency-foster-wellness>
- 117) Vettore, L. (2010). Il malessere e il benessere come stimoli alla narrazione: il paziente “narratore” (capitolo di libro), in *La Medicina Narrativa nei luoghi di formazione e di cura*, Garrino L. Edi Ermes, Milano.
- 118) Wang, X. M., Swinton, M., & You, J. J. (2019). Medical students’ experiences with goals of care discussions and their impact on professional identity formation. *Medical Education*, 53(12), 1230–1242. <https://doi.org/10.1111/medu.14006>
- 119) Wang, Y.-J., Hsu, K.-L., Chang, C.-S., & Wu, C.-H. (2012). Interrelationships between romance, life quality, and medical training of female residents. *Journal of the Chinese Medical Association*, 75(8), 402–408. <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2012.06.009>
- 120) Wei, J. M., Fernandez-Salvador, C., & Camacho, M. (2017). Health in Residency: The Dilemma of Caring for Yourself. *Journal of Graduate Medical Education*, 9(5), 670–670. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-17-00411.1>
- 121) Williams, D., Tricomi, G., Gupta, J., & Janise, A. (2015). Efficacy of Burnout Interventions in the Medical Education Pipeline. *Academic Psychiatry*, 39(1), 47–54. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0197-5>
- 122) Wolpaw, J. T. (2019). It Is Time to Prioritize Education and Well-Being Over Workforce Needs in Residency Training: *Academic Medicine*, 94(11), 1640–1642. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002949>
- 123) Zannini, L. Cattaneo, C., Brugnolli, A., Saiani, L. (2011). How do healthcare professionals perceive themselves after a mentoring programme? A qualitative study based on the reflective exercise of “writing a letter to yourself”. *J Adv Nurs*. Aug. 67(8): 1800-10. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05615.x

- 124) 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*, luglio, 21-38. <https://dx.doi.org/10.53136/97912599425172>
- 125) Zhang, H., Isaac, A., Wright, E. D., Alrajhi, Y., & Seikaly, H. (2017). Formal mentorship in a surgical residency training program: A prospective interventional study. *Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, 46(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s40463-017-0186-2>

## BIBLIOGRAFIA CAPITOLO 2

- 1) Bitran, M., Zúñiga, D., Pedrals, N., Echeverría, G., Vergara, C., Rigotti, A., & Puschel, K. (2019). Burnout en la formación de profesionales de la salud en Chile: Factores de protección y riesgo, y propuestas de abordaje desde la perspectiva de los educadores. *Revista médica de Chile*, 147(4), 510–517. SciELO Chile.
- 2) Connelly, L. (2016). Trustworthiness in Qualitative Research. *Medsurg Nurs*, Nov;25(6):435-6. PMID: 30304614.
- 3) Creswell, J. W., & Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (2nd ed). Sage Publications.
- 4) Daniele, K. (2023). I criteri COREQ per valutare la validità degli studi qualitativi: un percorso a ritroso per illuminarne alcuni presupposti taciti. *Studium Educationis*. XXIV - 1 - Giugno 2023 | ISSN 2035-844X. DOI: 10.7346/SE-012023-10
- 5) Demetrio, D. (2011). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Raffaello Cortina Editore. Milano
- 6) Grosseohme, D. H. (2014). Overview of Qualitative Research. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 109–122. <https://doi.org/10.1080/08854726.2014.925660>
- 7) IsHak, W., Nikraves, R., Lederer, S., Perry, R., Ogunyemi, D., & Bernstein, C. (2013). Burnout in medical students: A systematic review. *The Clinical Teacher*, 10(4), 242–245. <https://doi.org/10.1111/tct.12014>
- 8) Johnson, J., Adkins, D., Chauvin, S. A review of the Quality Indicators of Rigor in Qualitative Research. *Am J Pharm Educ*. 2020 Jan;84(1):7120. doi: 10.5688/ajpe7120.PMID: 32292186 Free PMC article. Review.
- 9) Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

- 10) Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Sage Publications, Inc.
- 11) Keen, S. (2022). From Challenge to Opportunity: Virtual Qualitative Research During COVID-19 and Beyond. *International Journal of Qualitative Methods* Volume 21: 1–11. DOI: 10.1177/16094069221105075
- 12) Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, 24(1), 120–124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
- 13) Morse, J. (2010). “Cherry picking”: Writing from thin data [Editorial]. *Qualitative Health Research*, 20, 3. doi:10.1177/1049732309354285.
- 14) Mortari, L., & Saiani, L. (2013), dossier: La ricerca qualitativa. *ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RICERCA*, 32(4):175-177, <https://doi.org/10.1702/1381.15353>
- 15) Mortari, L. (2023). Fenomenologia empirica. Il nuovo melangolo. Genova
- 16) Mortari L, Saiani L. (2013), Gesti e pensieri di cura. McGraw-Hill, Milano.
- 17) Mortari L, Zannini L. (2017), La ricerca qualitativa in ambito sanitario. Carocci Editore, Roma
- 18) O’Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- 19) Polit D., Beck C. (2014), Fondamenti di Ricerca infermieristica. McGraw-Hill, Milano.
- 20) Richards, H. M. (2002). Ethics of qualitative research: Are there special issues for health services research? *Family Practice*, 19(2), 135–139. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.2.135>
- 21) Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*, 320(11), 1131. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
- 22) Taekman, J. M. (2017). To Take Care of Patients Well, Physicians Must Take Care of Themselves. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(4), 427. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001588>

- 23) Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- 24) Weston, C., Gandell, T., Beauchamp, J., McAlpine, L., Wiseman, C., & Beauchamp, C. (2001). [No title found]. *Qualitative Sociology*, 24(3), 381–400. <https://doi.org/10.1023/A:1010690908200>
- 25) White, D. (2022). Women Caring for Husbands Living with Parkinson's Disease: A Phenomenological Study Protocol. *J. Pers. Med.* 12, 659. <https://doi.org/10.3390/jpm12050659>
- 26) Zannini, L. Il corpo paziente. (2004). Franco Angeli Editore. Milano
- 27) Zannini, L. (2021). Intrecciare parole nelle pratiche di cura: il contributo della medicina narrativa. *Autobiografie*, n. 2. Mimesis Edizioni, Milano-Udine

### **BIBLIOGRAFIA CAPITOLO 3**

- 1) Alhazmi, A. A., & Kaufmann, A. (2022). Phenomenological Qualitative Methods Applied to the Analysis of Cross-Cultural Experience in Novel Educational Social Contexts. *Frontiers in Psychology*, 13, 785134. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.785134>
- 2) Arcadi, P., Simonetti, V., Ambrosca, R., Cicolini, G., Simeone, S., Pucciarelli, G., Alvaro, R., Vellone, E., & Durante, A. (2021). Nursing during the COVID-19 outbreak: A phenomenological study. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1111–1119. <https://doi.org/10.1111/jonm.13249>
- 3) Aydın, A., Kulakaç, N., & Aydın Sayılan, A. (2021). The effect of COVID-19 anxiety levels of healthcare professionals on the quality of working life and related factors. *International Journal of Clinical Practice*, 75(12). <https://doi.org/10.1111/ijcp.14889>
- 4) Bashkin, O., Otok, R., Leighton, L., Czabanowska, K., Barach, P., Davidovitch, N., Dopelt, K., Duplaga, M., Okenwa Emegwa, L., MacLeod, F., Neumark, Y., Raz, M. P., Tulchinsky, T., & Mor, Z. (2022). Emerging lessons from the COVID-19 pandemic about the decisive competencies needed for the public health workforce: A qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 10, 990353. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.990353>

- 5) 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. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043949>
- 6) Braun, V., Clarke, V., Boulton, E., Davey, L., & McEvoy, C. (2021). The online survey as a *qualitative* research tool. *International Journal of Social Research Methodology*, *24*(6), 641–654. <https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1805550>
- 7) Charmaz, K. (2004). Premises, Principles, and Practices in Qualitative Research: Revisiting the Foundations. *QUALITATIVE HEALTH RESEARCH*, Vol. 14 No. 7, September 2004 976-993 DOI: 10.1177/1049732304266795
- 8) Corbin J, Strauss A. (2008), Basics of Qualitative Research. Sage, California
- 9) Creswell, J. W., & Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (2nd ed). Sage Publications.
- 10) Franklin, G., Martin, C., Ruszaj, M., Matin, M., Kataria, A., Hu, J., Brickman, A., & Elkin, P. L. (2021). How the COVID-19 Pandemic Impacted Medical Education during the Last Year of Medical School: A Class Survey. *Life*, *11*(4), 294. <https://doi.org/10.3390/life11040294>
- 11) Frigerio, P., Del Monte, L., Sotgiu, A., De Giacomo, C., & Vignoli, A. (2022). Parents' satisfaction of tele-rehabilitation for children with neurodevelopmental disabilities during the COVID-19 pandemic. *BMC Primary Care*, *23*(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01747-2>
- 12) Giorgi A. (1985), Phenomenology and psychological research. Duquesne University Press, Pittsburgh, PA
- 13) Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V., & Fong, K. (2021). Mental health of staff working in intensive care during Covid-19. *Occupational Medicine*, *71*(2), 62–67. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa220>
- 14) Grossoehme, D. H. (2014). Overview of Qualitative Research. *Journal of Health Care Chaplaincy*, *20*(3), 109–122. <https://doi.org/10.1080/08854726.2014.925660>
- 15) Hassamal, S., Dong, F., Hassamal, S., Lee, C., Ogunyemi, D., Neeki, M. (2021). The Psychological Impact of COVID-19 on Hospital Staff, *Western Journal of Emergency Medicine*. Mar; *22*(2):346-352. Doi: 10.5811/westjem.2020.11.49015

- 16) Hlatshwako, T. G., Shah, S. J., Kosana, P., Adebayo, E., Hendriks, J., Larson, E. C., Hensel, D. J., Erausquin, J. T., Marks, M., Michielsen, K., Saltis, H., Francis, J. M., Wouters, E., & Tucker, J. D. (2021). Online health survey research during COVID-19. *The Lancet Digital Health*, 3(2), e76–e77. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(21\)00002-9](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(21)00002-9)
- 17) Lapum, J., Nguyen, M., Fredericks, S., Lai, S., McShane, J. (2021). “Goodbye ... Through a Glass Door”: Emotional Experiences of Working in COVID-19 Acute Care Hospital Environments. *Original Qualitative Research Report*. 53(1): 5-15. DOI: 10.1177/0844562120982420
- 18) Lou, H., Changeux, J., Rosenstand, A. (2017). Towards a cognitive neuroscience of self-awareness. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017 Dec;83:765-773. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.04.004. Epub 2016 Apr 11. PMID: 27079562 Free article. Review.
- 19) 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. <https://doi.org/10.1177/01632787211042660>
- 20) Mortari, L. (2010) Cercare il rigore metodologico per una ricerca pedagogica scientificamente fondata. *EDUCATION SCIENCES & SOCIETY*, 1(1), 143-156
- 21) Mortari, L., & Saiani, L. (2013). dossier: La ricerca qualitativa. *ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RICERCA*, 32(4):175-177, <https://doi.org/10.1702/1381.15353>
- 22) Mortari, L., e Saiani, L. (a cura di) (2013). *Gesti e pensieri di cura*. Milano: McGraw-Hill
- 23) Mortari, L. (2019). *MelArete* (vol. 1). Milano: Vita e Pensiero
- 24) Mortari, L. (2023). *Fenomenologia Empirica*. Genova: Il Nuovo Melangolo
- 25) Nazzal, M., Oteir, A., Jaber, A., Alwidyan, M., Raffee, L. (2022). Lived experience of Jordanian front-line healthcare workers amid the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *BMJ Open*. 12:e057739. doi:10.1136/bmjopen-2021-057739
- 26) Ozan, E., & Durgu, N. (2023). Being a health care professional in the ICU serving patients with covid-19: A qualitative study. *Heart & Lung*, 57, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.07.011>

- 27) Polit D., Beck C. (2014), *Fondamenti di Ricerca infermieristica*. McGraw-Hill, Milano.
- 28) Simeone, S., Ambrosca, R., Vellone, E., Durante, A., Arcadi, P., Cicolini, G., Simonetti, V., Alvaro, R., & Pucciarelli, G. (2022). Lived experiences of frontline nurses and physicians infected by COVID -19 during their activities: A phenomenological study. *Nursing & Health Sciences*, 24(1), 245–254. <https://doi.org/10.1111/nhs.12920>
- 29) Weston, C., Gandell, T., Beauchamp, J., McAlpine, L., Wiseman, C., & Beauchamp, C. (2001). [No title found]. *Qualitative Sociology*, 24(3), 381–400. <https://doi.org/10.1023/A:1010690908200>
- 30) Zannini, L., & Gambacorti-Passerini, M. B. (2016). La coerenza tra metodo di raccolta dati e modalità della loro analisi nella ricerca qualitativa. Un'esperienza di ricerca basata su narrazioni di giovani sopravvissuti alla leucemia. *Encyclopaideia*, XX(44), 89-105, ISSN 1825-8670
- 31) Zhang, Y., Woods, E., Chung, E., Kent, K., Goetzl, R. (2022), Addressing Workplace Stressors Emerging from the Pandemic, *American Journal of Health Promotion*, 36, 7: doi: 10.1177/08901171221112488b

#### **BIBLIOGRAFIA CAPITOLO 4**

- 1) Bruce, A., Daudt, H., & Breiddal, S. (2018). Can Writing and Storytelling Foster Self-care?: A Qualitative Inquiry Into Facilitated Dinners. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(6), 554–560. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000478>
- 2) Farrell, C. M., & Hayward, B. J. (2022). Ethical Dilemmas, Moral Distress, and the Risk of Moral Injury: Experiences of Residents and Fellows During the COVID-19 Pandemic in the United States. *Academic Medicine*, 97(3S), S55–S60. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000004536>
- 3) Valbusa. (2019). Etica. *Ricercazione*, 2, 121. <https://doi.org/10.32076/ra11207>

## BIBLIOGRAFIA CAPITOLO 5

- 1) Abbas, M., Dhane, M., Beniey, M., Meloche-Dumas, L., Eissa, M., Guérard-Poirier, N., El-Raheb, M., Lebel-Guay, F., Dubrowski, A., & Patocskai, E. (2020). Repercussions of the COVID-19 pandemic on the well-being and training of medical clerks: A pan-Canadian survey. *BMC Medical Education*, 20(1), 385. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02293-0>
- 2) Ardebili, M. E., Naserbakht, M., Bernstein, C., Alazmani-Noodeh, F., Hakimi, H., & Ranjbar, H. (2021). Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *American Journal of Infection Control*, 9.
- 3) Arrowhead Regional Medical Center, Department of Psychiatry, Colton, California, Hassamal, S., Dong, F., Hassamal, S., Lee, C., Ogunyemi, D., & Neeki, M. (2021). The Psychological Impact of COVID-19 on Hospital Staff. *Western Journal of Emergency Medicine*, 22(2). <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.11.49015>
- 4) Ayanian, J. Z. (2020). Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care. *JAMA Health Forum*, 1(4), e200397. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2020.0397>
- 5) Aydın, A., Kulakaç, N., & Aydın Sayılan, A. (2021). The effect of COVID-19 anxiety levels of healthcare professionals on the quality of working life and related factors. *International Journal of Clinical Practice*, 75(12). <https://doi.org/10.1111/ijcp.14889>
- 6) Badanta, B., Acevedo-Aguilera, R., Lucchetti, G., & Diego-Cordero, R. (2021). ‘A picture is worth a thousand words’—A photovoice study exploring health professionals’ experiences during the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23–24), 3657–3669. <https://doi.org/10.1111/jocn.15887>
- 7) Barbosa, M. M., Teixeira, L., Paúl, 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. <https://doi.org/10.3390/ijerph19105963>
- 8) 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. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043949>



- 9) Blanchard, J., Messman, A. M., Bentley, S. K., Lall, M. D., Liu, Y. T., Merritt, R., Sorge, R., Warchol, J. M., Greene, C., Diercks, D. B., Griffith, J., Manfredi, R. A., & McCarthy, M. (2022). In their own words: Experiences of emergency health care workers during the COVID-19 pandemic. *Academic Emergency Medicine*, 29(8), 974–986. <https://doi.org/10.1111/acem.14490>
- 10) Çakıcı, N., Avşar, G., & Çalışkan, N. (2021). The Challenges of Nurses Who Care for COVID-19 Patients: A Qualitative Study. *Holistic Nursing Practice*, 35(6), 315–320. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000480>
- 11) Chertoff, J. D., Zarzour, J. G., Morgan, D. E., Lewis, P. J., Canon, C. L., & Harvey, J. A. (2020). The Early Influence and Effects of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic on Resident Education and Adaptations. *Journal of the American College of Radiology*, 17(10), 1322–1328. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.07.022>
- 12) Copel, L. C., Lengetti, E., McKeever, A., Pariseault, C. A., & Smeltzer, S. C. (2022). An uncertain time: Clinical nurses' first impressions during the COVID-19 pandemic. *Research in Nursing & Health*, 45(5), 537–548. <https://doi.org/10.1002/nur.22265>
- 13) Correia, I., & Almeida, A. E. (2020). Organizational Justice, Professional Identification, Empathy, and Meaningful Work During COVID-19 Pandemic: Are They Burnout Protectors in Physicians and Nurses? *Frontiers in Psychology*, 11, 566139. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.566139>
- 14) Demir, G., & Şahin, S. (2022). Experiences of nurses providing care to patients with COVID-19 in intensive care units: A qualitative study. *Nursing Forum*, 57(4), 650–657. <https://doi.org/10.1111/nuf.12716>
- 15) Ding, S., Deng, S., Zhang, Y., Wang, Q., Liu, Z., Huang, J., & Yang, X. (2022). Experiences and needs of front-line nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Frontiers in Public Health*, 10, 805631. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.805631>
- 16) Farrell, C. M., & Hayward, B. J. (2022). Ethical Dilemmas, Moral Distress, and the Risk of Moral Injury: Experiences of Residents and Fellows During the COVID-19 Pandemic in the United States. *Academic Medicine*, 97(3S), S55–S60. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000004536>
- 17) Fernández-Castillo, R., González-Caro, M., Fernández-García, E., Porcel-Gálvez, A., & Garnacho-Montero, J. (2021). Intensive care nurses' experiences during the COVID -19 pandemic: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 26(5), 397–406. <https://doi.org/10.1111/nicc.12589>

- 18) Giordano, L., Cipollaro, L., Migliorini, F., & Maffulli, N. (2020). Impact of Covid-19 on undergraduate and residency training. *The Surgeon*, S1479666X20301694. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2020.09.014>
- 19) Gordon, J. M., Magbee, T., & Yoder, L. H. (2021). The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: A qualitative study. *Applied Nursing Research*, 59, 151418. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151418>
- 20) Gregory, D. D., Stichler, J. F., & Zborowsky, T. (2022). Adapting and Creating Healing Environments: Lessons Nurses Have Learned From the COVID-19 Pandemic. *Nurse Leader*, 20(2), 201–207. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.10.013>
- 21) Guttormson, J. L., Calkins, K., McAndrew, N., Fitzgerald, J., Losurdo, H., & Loonsfoot, D. (2022). Critical Care Nurse Burnout, Moral Distress, and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A United States Survey. *Heart & Lung*, 55, 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.04.015>
- 22) Hu, F., Ma, J., Ding, X.-B., Li, J., Zeng, J., Xu, D., Pei, J., Luo, D., Yang, B. X., Zhang, H.-Y., Zhu, X.-P., & Chen, J. (2021). Nurses' experiences of providing care to patients with COVID-19 in the ICU in Wuhan: A descriptive phenomenological research. *BMJ Open*, 11(9), e045454. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045454>
- 23) Huerta-González, S., Selva-Medrano, D., López-Espuela, F., Caro-Alonso, P. Á., Novo, A., & Rodríguez-Martín, B. (2021). The Psychological Impact of COVID-19 on Front Line Nurses: A Synthesis of Qualitative Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 12975. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412975>
- 24) Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2021). Nurses' barriers to caring for patients with COVID-19: A qualitative systematic review. *International Nursing Review*, 68(2), 202–213. <https://doi.org/10.1111/inr.12648>
- 25) Kackin, O., Ciydem, E., Aci, O. S., & Kutlu, F. Y. (2021). Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(2), 158–167. <https://doi.org/10.1177/0020764020942788>
- 26) Lake, E. T., Narva, A. M., Holland, S., Smith, J. G., Cramer, E., Rosenbaum, K. E. F., French, R., Clark, R. R. S., & Rogowski, J. A. (2022). Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19. *Journal of Advanced Nursing*, 78(3), 799–809. <https://doi.org/10.1111/jan.15013>

- 27) Lapum, J., Nguyen, M., Fredericks, S., Lai, S., & McShane, J. (2021). “Goodbye ... Through a Glass Door”: Emotional Experiences of Working in COVID-19 Acute Care Hospital Environments. *Canadian Journal of Nursing Research*, 53(1), 5–15. <https://doi.org/10.1177/0844562120982420>
- 28) Lasalvia, A., Rigon, G., Rugiu, C., Negri, C., Del Zotti, F., Amaddeo, F., & Bonetto, C. (2021). The psychological impact of COVID-19 among primary care physicians in the province of Verona, Italy: A cross-sectional study during the first pandemic wave. *Family Practice*, cmab106. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab106>
- 29) Lavoie-Tremblay, M., G elinas, C., Aub e, T., Tchouaket, E., Tremblay, D., Gagnon, M., & C ot e, 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. <https://doi.org/10.1111/jonm.13462>
- 30) 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. <https://doi.org/10.1177/01632787211042660>
- 31) Mayo, A. T. (2020). Teamwork in a pandemic: Insights from management research. *BMJ Leader*, 4(2), 53–56. <https://doi.org/10.1136/leader-2020-000246>
- 32) Mortari, L. (2017). *La materia vivente e il pensare sensibile*. Milano: Mimesis Edizioni
- 33) Mortensen, C. B., Zachodnik, J., Caspersen, S. F., & Geisler, A. (2021). Healthcare professionals’ experiences during the initial stage of the COVID-19 pandemic in the intensive care unit: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 103130. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103130>
- 34) Nazzal, M. S., Oteir, A. O., Jaber, A. F., Alwidyan, M. T., & Raffee, L. (2022). Lived experience of Jordanian front-line healthcare workers amid the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *BMJ Open*, 12(8), e057739. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057739>
- 35) Okediran, J. O., Ilesanmi, O. S., Fetuga, A. A., Onoh, I., Afolabi, A. A., Ogunbode, O., Olajide, L., Kwaghe, A. V., & Balogun, M. S. (2020). The experiences of healthcare workers during the COVID-19 crisis in Lagos, Nigeria: A qualitative study. *GERMS*, 10(4), 356–366. <https://doi.org/10.18683/germs.2020.1228>

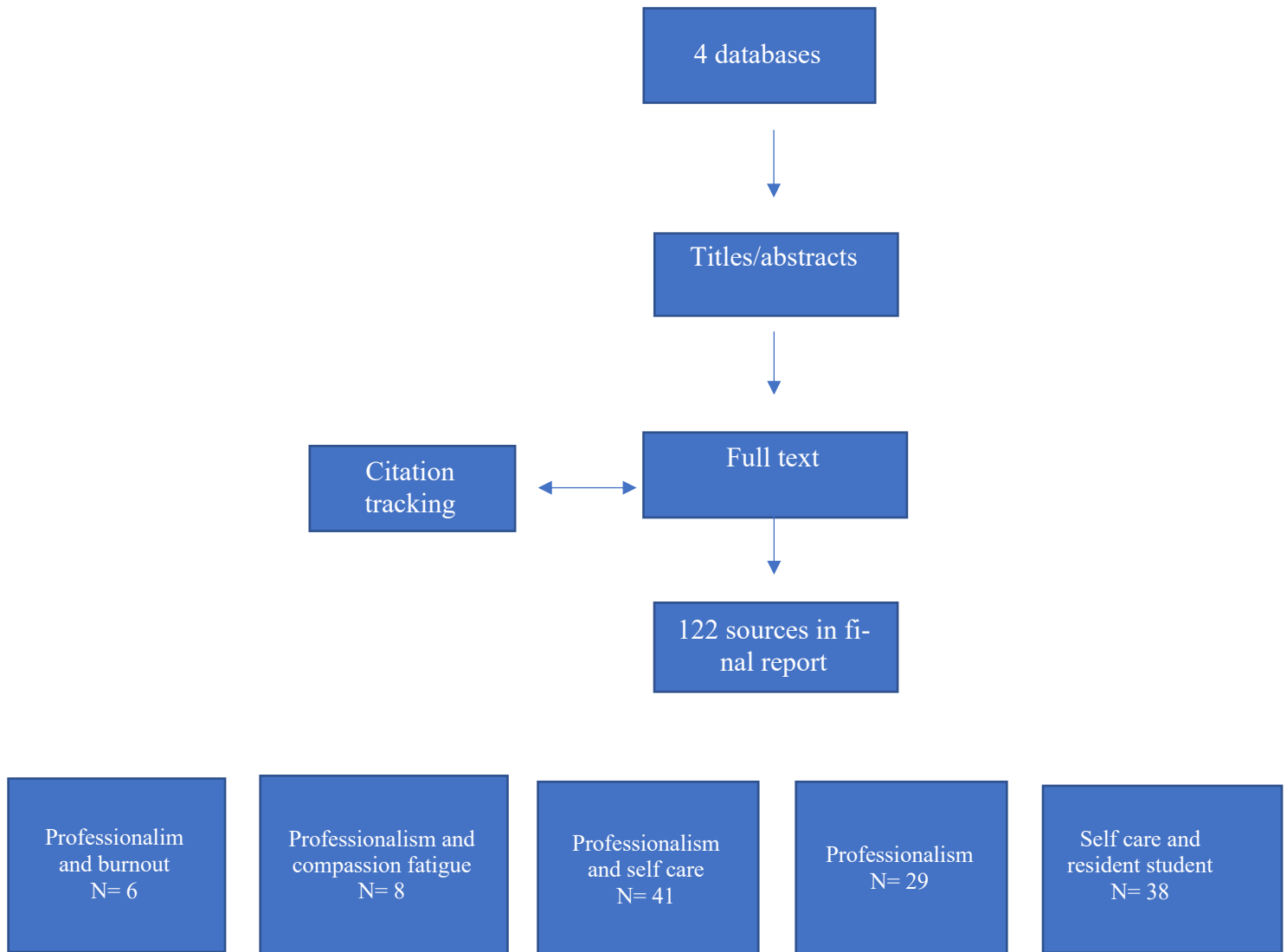
- 36) Pollock, A., Campbell, P., Cheyne, J., Cowie, J., Davis, B., McCallum, J., McGill, K., Elders, A., Hagen, S., McClurg, D., Torrens, C., & Maxwell, M. (2020). Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: A mixed methods systematic review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013779>
- 37) Romero-García, M., Delgado-Hito, P., Gálvez-Herrer, M., Ángel-Sesmero, J. A., Velasco-Sanz, T. R., Benito-Aracil, L., & Heras-La Calle, G. (2022). Moral distress, emotional impact and coping in intensive care unit staff during the outbreak of COVID-19. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70, 103206. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103206>
- 38) Russell, A., de Wildt, G., Grut, M., Greenfield, S., & Clarke, J. (2022). What can general practice learn from primary care nurses' and healthcare assistants' experiences of the COVID-19 pandemic? A qualitative study. *BMJ Open*, 12(3), e055955. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055955>
- 39) Shali, M., Behnoush, A. H., Shabani, E. A., & Khazaeipour, Z. (2022). Individual and working experiences of healthcare workers infected with COVID-19: A qualitative study. *Japan Journal of Nursing Science*, 19(2). <https://doi.org/10.1111/jjns.12465>
- 40) Shamsalinia, A., Mahmoudian, A., Bahrami, S., & Ghaffari, F. (2022). Risk factors and the psychological impacts of the COVID-19 outbreak: Perspectives and experiences of Iranian healthcare workers on the front-line. *Disasters*, disa.12532. <https://doi.org/10.1111/disa.12532>
- 41) Shin, S., & Yoo, H. J. (2022). Frontline nurses' caring experiences in COVID-19 units: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 30(5), 1087–1095. <https://doi.org/10.1111/jonm.13607>
- 42) Tsai C. Personal risk and societal obligation amidst COVID-19. *JAMA*. 2020; 323:1555–1556
- 43) Xu, H., Stjernswärd, S., & Glasdam, S. (2021). Psychosocial experiences of frontline nurses working in hospital-based settings during the COVID-19 pandemic—A qualitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100037. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100037>
- 44) Zhang, H., Chen, D., Zou, P., Cui, N., Shao, J., Qiu, R., Wang, X., Wu, M., & Zhao, Y. (2021). Exploring the Experience of Healthcare Workers Who Returned to Work After Recovering From COVID-19: A Qualitative

Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 753851.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.753851>

# ALLEGATI

## Allegato A

Figura 1: Flow chart of search



## Allegato B

### Tabella 1

#### *Professionalism and self-care*

<b>Autore/anno</b>	<b>Titolo</b>	<b>Tipo di studio/livello</b>	<b>Osservazioni/ note</b>
Bitran et al, 2017	Concern for residents' wellbeing, an issue discussed at the latin american conference on resident education (LACRE) 2017	Revisione, 1 livello	In this review, attention is drawn to burnout and the need for training programmes to focus on the well-being of trainees.
Byszewski et al, 2012	Wanted: role models - medical students' perceptions of professionalism	Survey, 1 livello	Answers 46.5% of students (University of Ottawa). Students identify the need for strong and positive models in their learning environment as a central component for professional training.
Conran et al, 2018	Development of Professionalism in Graduate Medical Education: A Case-Based Educational Approach from the College of American Pathologists' Graduate Medical Education Committee	Revisione, 1 livello	To train to the professionalism is proposed the use of cartoons with cases created on the basis of real-life problems encountered in the behaviors of the trainees. General and case-specific questions were generated to strengthen the model's behavior and overcome the skills problems encountered in the occult curriculum. Cases related to the well-being of the student are also generated.
Gaiser, 2009	The Teaching of Professionalism During Residency: Why It Is Failing and a Suggestion to Improve Its Success	Revisione, 1 livello	The learning of professionalism takes place mainly at the level of occult curriculum and modelling. It is proposed to introduce specific courses and training for academics.
Jarvis et al, 2012	Competency Is Not Enough: Integrating Identity Formation into the Medical Education Discourse	Revisione, 1 livello	The author addresses the issue of the formation of professional identity and how defining skills and their fragmentation into indicators is not enough to move from "doing work as a doctor" to "being a doctor".
Jauregui et al, 2016	Emergency Medicine Resident Perceptions of	Survey, 1 livello	Responds 88% of emergency medicine

	Medical Professionalism		students. Because teaching professional behavior is taught most effectively via behavior modeling, faculty awareness of resident values and faculty development to address potential gaps may improve professionalism education
Kassam et al, 2019	Lessons Learned to Aid in Developing Fatigue Risk Management Plans for Resident Physicians	Studio qualitativo, 1 livello	The residency-training program, and the healthcare system in which they work could assist with managing fatigue in residents and support enhanced resident well-being and patient care.
Kirk, 2007	Professionalism in Medicine: Definitions and Considerations for Teaching	Revisione, 1 livello	Certain behaviors early in medical education do correlate with unprofessional behavior during a physician's career. We need to be vigilant in looking for those behaviors and let our students and trainees know why we're so concerned about them.
MacLeod, 2011	Caring, competence and professional identities in medical education	Revisione, 1 livello	This paper considers the multiple discourses that influence medical education with a focus on the discourses of competence and caring.
McLaughlin, 2018	Overloaded and overlooked: Improving resident advisors' self-care	Revisione, 1 livello	It is essential for live-in housing staff (both professional and paraprofessional) to learn how to develop appropriate strategies that target problem behaviors to improve self-care
Monrouxe et al, 2011	Differences in medical students' explicit discourses of professionalism: acting, representing, becoming: Differences in student discourses of professionalism	Studio qualitativo 1 livello	Providing students with opportunities to engage in active sense-making activities within the formal professional curriculum can encourage an embodied and sophisticated understanding of professionalism.
O'Sullivan et al, 2012	Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61	Revisione, 1 livello	This Guide takes a structured stepwise approach and sequentially addresses: (i) agreeing an institutional definition, (ii) structuring the curriculum to integrate



			learning across all years, (iii) suggesting learning models, (iv) harnessing the impact of the formal, informal and hidden curricula and (v) assessing the learning.
Passi et al, 2013	Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27	Systematic review, 2 livello	Role modelling in medical education
Pérez-Álvarez et al, 2019	Resident Physicians as Patients: Perceptions of Residents and Their Teaching Physicians	Qualitative study 1 livello	Ten semi-structured interviews. More research is required to improve the care provided to sick residents and particularly the teaching physicians training to handle them.
Raab, 2014	Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature	Literature review, 1 livello	Mindfulness and self compassion
Real et al, 2017	Understanding Resident Performance, Mindfulness, and Communication in Critical Care Rotations	Survey, 1 livello	Intervention on specific population a self-report survey of mindfulness, communication, emotional affect, and clinical decision-making,
Runyan et al, 2016	Impact of a family medicine resident wellness curriculum: a feasibility study	Studio sperimentale, 1 livello	This feasibility study demonstrates how a residency wellness curriculum can be developed, implemented, and evaluated with promising results, including high participant satisfaction.
Sadeghi Avval Shahr et al, 2019	Professional socialization: an analytical definition	Tematica, 1 livello	Professional socialization is defined as a process through which a person becomes a legitimate member of a professional society. This will have a great impact on an individual's professional conduct and morality. The aim of this study was to clarify this concept and reduce the ambiguities around it.
Scholl et al, 2017	A matter of focus: Power-holders feel more responsible after adopting a cognitive other-focus, rather than a self-focus	Studio sperimentale, 1 livello	While prior research examined how social values (i.e., chronically caring about others) guide responsibility among those holding power, the current findings highlight that mere

			cognitive processes (i.e., situationally focusing attention on others) alter perceived responsibility among those just about to receive power.
Shaughnessy et al, 2017	Attention without intention: explicit processing and implicit goal-setting in family medicine residents' written reflections	Studio qualitativo, 1 livello	Identified themes elucidate the explicit and implicit forms of written reflection as sense-making and learning. An expanded theoretical understanding of reflection as inclusive of conscious sense-making as well as implicit discovery better enables the art of physician self-development.
Sklar, 2016	Fostering Student, Resident, and Faculty Wellness to Produce Healthy Doctors and a Healthy Population:	Commento, 1 livello	Burn out
Smith, 2017	Self-Care Practices and the Professional Self	Revisione, 1 livello	Ethical standards also mandate the recognition and remediation of any physical, mental or emotional self-impairment in order to maintain high standards of care for clients.
van Vliet et al, 2018	A Mind-Body Skills Course Among Nursing and Medical Students: A Pathway for an Improved Perception of Self and the Surrounding World	Sperimentale, 1 livello	Despite increased recognition of self-care and self-awareness as core competences for health care professionals, little attention is paid to these skills during their education. Evidence suggests that a Mind-Body (MB) skills course has the potential to enhance self-care and self-awareness among medical students
Vassar, 2015	ACGME. Seeks to transform residency to foster wellness	Intervista, 1 livello	Focus on wellness
Verweij et al, 2018	Does Mindfulness Training Enhance the Professional Development of Residents? A Qualitative Study:	Studio sperimentale, 1 livello	The authors implemented MBSR as an optional course for residents and qualitatively explored how it influenced residents professionally.
Wei et al, 2017	Health in Residency: The Dilemma of Caring for Yourself	Student experience, 1 livello	Burn out

Weingartner et al, 2019	Compassion cultivation training promotes medical student wellness and enhanced clinical care	Sperimentale, 1 livello	This pilot study shows compassion training could be an attractive, efficient option to address burnout by simultaneously promoting student wellness and enhanced patient interactions.
Winkel et al, 2018	Thriving in scrubs: a qualitative study of resident resilience	Studio qualitativo, 1 livello	Resilience in residents is rooted in personal and professional identity and requires engagement with adversity to develop. Connections within the medical community, finding personal fulfillment in the work, and developing self-care practices enhance resilience.
Wolpaw, 2019	It Is Time to Prioritize Education and Well-Being Over Workforce Needs in Residency Training:	Tematica, 1 livello	Burn out

## Allegato C

### Protocollo dello studio

#### UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

#### PROGETTO DI RICERCA

#### **COVID-19: l'esperienza nelle storie dei professionisti della salute**

##### *Principal Investigator*

Carla Benaglio, studente doctorando, Dipartimento di Scienze Umane, Università di Verona

##### *Co – Investigators*

Arnoldo Riquelme, medico gastroenterologo, Director UDA Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile

Prof.ssa Luigina Mortari, Professore ordinario, Dipartimento di Scienze Umane, Università di Verona

Luca Ghirotto, Unità di Ricerca Qualitativa, Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia/Università di Verona

Matías Eduardo Díaz Crescitelli, Unità di Ricerca Qualitativa, Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia

#### **Background**

Il COVID-19 è definibile come un disastro collettivo, ovvero un evento improvviso e complesso che interessa la comunità e le organizzazioni sanitarie. La comparsa improvvisa del virus, la velocità di trasmissione, le poche conoscenze sull'infezione e, soprattutto, la minaccia che questa ha rappresentato per la salute e il sistema di cura a livello mondiale, hanno fatto della un banco di prova su più fronti.

La Sindrome Respiratoria Acuta Grave da Coronavirus 2 (SARS-CoV2) è diventata una grave minaccia per la sicurezza globale della salute pubblica (Dong, Hu & Gao, 2020; Li et. al, 2020). La sua diffusione ha assunto proporzioni pandemiche, interessando oltre 100 paesi e oltre 100.000 persone nel giro di poche settimane (Callaway, 2020; Remuzzi & Remuzzi, 2020).

Fin da quando, il 20 febbraio 2020, un giovane uomo in Lombardia fu ricoverato con una polmonite atipica che in seguito si rivelò essere SARS-CoV2, ebbe inizio uno dei più grandi e seri cluster di SARS-CoV2 al mondo (Livingston & Bucher, 2020). In seguito alla rapida diffusione del virus, numerosi paesi hanno adottato misure di restrizione della libertà individuale. In Italia, il Ministero della Salute ha decretato misure di limitazione del movimento delle persone in tutto il territorio nazionale, se non strettamente motivato (in forma scritta) per ragioni di lavoro o di salute (Ministero della Salute, 2020).

Questo nuovo contesto, sia nazionale che globale, comporterà in modo significativo un gran numero di conseguenze psicologiche per gli operatori (Duan & Zhu, 2020). Secondo Lazzarini & Putoto (2020), l'impatto economico e psicologico dell'epidemia sarà enorme. Un recente studio (Li, Wang et al., 2020) finalizzato a valutare l'impatto del Covid 19 sulla salute mentale delle persone, ha evidenziato come ansia, depressione e senso di indignazione abbiano conosciuto un aumento dopo l'emergenza, mentre sia diminuita la percezione di benessere personale.

Le misure stabilite a livello nazionale a partire dall'8 marzo 2020 per il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV2 e i conseguenti provvedimenti emanati dalle aziende sanitarie e dagli Ordini Professionali delle professioni sanitarie, hanno indotto una rapida riorganizzazione dell'attività clinica di tutti i professionisti della cura.

I professionisti sanitari sono stati tra le persone maggiormente esposte a questo. Il rischio di essere contagiati e di poter contagiare i loro cari, il cambiamento dei ritmi di lavoro e delle mansioni, il contatto continuativo con la sofferenza e la morte di pazienti in condizioni di assoluto isolamento, nutrono le narrazioni dalle quale è importante imparare nella dinamica del dare ascolto e nel sentirsi ascoltati.

L'emergenza ha imposto nuovi modi di esperienza e pur nella frenesia imposta dalla situazione di crisi emergono dei saperi: i saperi che si costruiscono per affrontare l'imprevisto. Nel bel mezzo dell'azione manca il tempo per consolidare il sapere. Per recuperarlo, per recuperare vissuti eticamente difficili, emotivamente coinvolgenti, di gestione dei processi clinici, di scelte di politica sanitaria occorre cominciare da ora mentre i vissuti sono vivi e nitidi nella coscienza. Questo impone di progettare azioni per il recupero del sapere dell'esperienza individuale e organizzativa.

Comprendere, attraverso la voce dei professionisti, come concretamente si è declinata l'esperienza in questa inedita situazione che stiamo vivendo, può permetterci di disporre di informazioni utili ad arricchire il bagaglio metodologico e i saperi che provengono dalla riflessione sull'esperienza (Mortari, 2009).

### **Proposito e obiettivi**

Lo scopo di questo studio è quello di esplorare il vissuto dei professionisti e raccogliere le loro esperienze raccontate in prima persona.

In particolare, lo studio si propone di:

1. Recuperare le esperienze dalla voce dei protagonisti;
2. Costruire una miglior comprensione dei vissuti dei professionisti per migliorare la gestione relazionale, organizzativa.

La domanda generativa da cui prende inizio lo studio è: "quali sono le esperienze dei professionisti sanitari durante l'emergenza sanitaria legata alla pandemia da SARS-CoV2?"

### **Disegno di studio**

#### *Criteria di eleggibilità*

La popolazione in studio è rappresentata da professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza ai pazienti affetti da COVID-19 che possano rispondere in italiano, spagnolo e inglese.

I criteri di inclusione sono:

- adulti (di età superiore a 18 anni e in grado di esprimere il loro consenso);
- professionisti sanitari durante la pandemia;
- espressione del consenso informato.

Pur non potendo definire a priori il numero esatto di partecipanti, si intende coinvolgere un numero ampio di soggetti scelti in linea con i criteri di inclusione. Il reclutamento in ricerca qualitativa dovrebbe, infatti, concludersi sulla base del raggiungimento della saturazione. Non potendo prevedere quando si raggiungerà la saturazione, la numerosità è stabilita a priori sulla base delle indicazioni metodologiche di

Creswell (1998) e anche alla luce del fatto che le interviste potrebbero essere molto brevi e quindi poco informative.

#### *Procedure dello studio*

Il Principal Investigator (PI) dello studio manderà tramite e-mail, e reti sociali il questionario realizzato tramite un formulario google a professionisti sanitari scelti in base a contatti personali proponendo loro la partecipazione allo studio. La persona deciderà in autonomia se partecipare o no allo studio. In una prima parte vi è la presentazione dello studio e il procedimento di consenso informato. Se la persona risponde, accetta di partecipare. Il formulario impedisce di identificare il rispondente.

#### *Strategie di raccolta dei dati*

I dati saranno raccolti tramite un questionario con una prima parte dove si raccolgono dati sociodemografici (come età, genere, professione, etc ...) e una seconda parte con due domande aperte, narrativa e individuale, da effettuarsi in un momento scelto dallo stesso partecipante.

1.- *Potrebbe raccontare e descrivere ciò che più Le sembra importante fra gli eventi di cui ha fatto esperienza in relazione alla Covid-19? (pensi per esempio a un momento difficile, un vissuto emotivo che le è rimasto)*

2.- *Rispetto a quanto narrato, che cosa pensa di aver appreso? (pensi per esempio a che cosa ha compreso di sé, della sua professione, della relazione con gli altri, se ha suggerimenti o idee per far in modo che gli eventi possano andare in modo diverso o non presentarsi in futuro)*

Il partecipante potrà rispondere direttamente al link che avrà ricevuto via email; una prima parte del questionario darà informazioni sullo studio perché la persona possa decidere o meno in modo informato di partecipare allo studio. Il rispondere al questionario è consenso alla partecipazione

Il tempo previsto per rispondere è di massimo 10 minuti; e le informazioni socio-demografiche saranno utili per descrivere il tipo e le caratteristiche principali dei partecipanti.

#### *Timing operativo*

Per la raccolta dati si prevede che lo studio abbia una durata di 2 mesi.

#### *Analisi dei dati*

Dati socio-demografici: saranno analizzati con una statistica descrittiva.

Domande aperte: le narrazioni saranno registrate direttamente nel google form.

I dati saranno analizzati secondo il metodo dell'analisi fenomenologica descritto da Mortari (2007).

1. suddivisione in sequenze di parti di testo significative e definizione delle etichette iniziali;
2. le etichette saranno combinate per identificare i temi e i sotto-temi principali;
3. descrizione degli atti narrativi e dei temi principali;
4. scrittura del primo report dei risultati.

L'analisi dei dati verrà condotta da tutto il team di ricerca.

#### *Considerazioni etiche*

Sarà conseguito il parere positivo del comitato etico della Facoltà di medicina, Clinica Alemana-Universidad del Desarrollo, e del CEC della PUC, che visioneranno il protocollo di ricerca integrale e gli strumenti d'indagine. I dati raccolti durante lo studio saranno gestiti secondo quanto previsto dall'etica della ricerca e dal diritto alla privacy (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati personali), assicurando l'anonimato e la confidenzialità delle risposte fornite. Inoltre, lo studio verrà condotto in conformità ai principi della Dichiarazione di Helsinki e alle linee guida che regolano la buona pratica di ricerca (Swaen et al., 2018).

Tutti i membri del team di ricerca hanno ricevuto una formazione metodologica specifica in merito alla messa a punto e alla conduzione dell'intervista, con particolare riferimento all'approccio relazionale e alle tecniche comunicative più appropriate per esplorare contenuti che afferiscono alla sfera soggettiva, potenzialmente densi di implicazioni emotive.

#### *Modalità di raccolta del consenso allo studio e al trattamento dati*

Essendo un google form, il partecipante riceve nella prima parte tutte le informazioni relative allo studio e ai dati che vengono raccolti. Nel momento in cui la persona decide di rispondere realizza il suo consenso.

#### *Introduzione al questionario (parte relativa al consenso informato):*

##### PRESENTAZIONE DELLO STUDIO E CONSENSO INFORMATO

Lo scopo di queste informazioni è di aiutarla a decidere se partecipare o meno a un questionario online che fa parte di una ricerca guidata dalla Prof.ssa Mortari, il cui titolo è "COVID-19: l'esperienza nelle storie dei professionisti della salute".

In particolare, lo studio si propone di:

1. Recuperare le esperienze dalla voce dei protagonisti;
2. Costruire una miglior comprensione dei vissuti dei professionisti per migliorare la gestione relazionale, organizzativa y assistenziale.

Vorremmo coinvolgerla chiedendole di rispondere in maniera anonima a poche e brevi domande sulla sua esperienza professionale.

Le domande riguardano dati sociodemografici (età, genere, ruolo professionale, ambiente di lavoro, tipo di pazienti, se è stato contagiato da COVID-19, . . .); ci sono due domande finali aperte di tipo narrativo circa la sua esperienza durante la pandemia da COVID-19.

Le risposte fornite non sono in relazione a informazioni che consentano l'identificazione del partecipante. Lo studio è approvato dal Comitato di Bioetica della Facoltà di Medicina, Clinica Alemana - Universidad del Desarrollo del Cile (n.2021-08) e dal Comitato di Bioetica della Facoltà di Medicina della Pontificia Universidad Católica del Cile (ID Protocolo: 210126007).

I risultati ottenuti potrebbero essere pubblicati in riviste accademiche o libri e/o presentati a conferenze, tuttavia l'identità dei partecipanti non può essere rivelata.

La sua partecipazione a questa indagine è completamente volontaria. Ha il diritto di non accettare di partecipare e di terminare la sua partecipazione in qualsiasi momento, senza alcuna spiegazione e senza conseguenze per lei, basta chiudere questa pagina.

Qualora decidesse di partecipare, la informiamo che potrà compilare il questionario fino al 28/02/2021.

Per ogni informazione, dubbio o richiesta può contattare Carla Benaglio, dottoranda in Scienze Umane dell'Università di Verona, incaricata della raccolta dei dati all'indirizzo e-mail: carla.benaglio@univr.it.

Per rispondere al questionario ci vorranno dai 5 ai 10 minuti al massimo.

Qui di seguito si trova il questionario. Se decide di rispondere alle domande, accetta di partecipare a questa ricerca.

La ringraziamo per la sua preziosa collaborazione!

## Allegato D

**Tabella 7:** Coding system relativo all'analisi delle narrazioni (prima versione)

Macrocategoria	Categorie	Etichette concettuali
<b>Vissuti affettivi dolorosi (?)</b>	Il sentire l'impotenza	Lo smarrimento L'incertezza La sofferenza La paura (di commettere errori) L'angoscia La frustrazione
	Il dolore provocato dalla solitudine	L'isolamento del paziente L'isolamento del professionista Il morire in solitudine Il sentire la paura e la solitudine dell'altro
	L'essere immersi nella sofferenza	Il vedere la sofferenza dell'altro Il sentire la paura La sofferenza della persona anziana sola Le conseguenze sulla salute mentale
	Affrontare la morte (dealing with death)	Il morire dei pazienti Il morire di colleghi e persone care
	Preoccuparsi del contagio	La paura di contagiarsi La paura di contagiare

Macrocategoria	Categorie	Etichette concettuali
<b>La relazione che cura</b>	Alterazione della modalità di relazione	Lavorare con i DPI Il sentire i limiti nella comunicazione
	Il valore del gruppo di lavoro	Il poter condividere il difficile La collaborazione
	Trovare il modo per garantire presenza	La necessità di accompagnare L'essere disponibili Facilitare il contatto con il familiare
	Saper lavorare in equipe	Il saper fare squadra Il gruppo di lavoro come sostegno
	La cura del gruppo di lavoro	Il narrarsi come cura Il supporto psicologico La formazione come supporto



Macrocategoria	Categorie	Etichette concettuali
<b>Aspetti legati al <i>professionalism</i> e all'etica professionale</b>	Angoscia morale	Le decisioni difficili Mancanza di informazioni Il <i>discomfort</i> del paziente Il tempo per la cura
	Quando la cura diventa "antidoto" al dolore morale	La cura come supporto e vicinanza L'importanza dei piccoli gesti
	Nuova consapevolezza degli atti di cura	Sulla buona cura

Macrocategoria	Categorie	Etichette
<b>Conoscenza di sé (personale)</b>	Riflessioni sulla vita e orientamento esistenziale	Consapevolezza della fragilità Vivere il presente
	L'imparare dalla propria fragilità	La scoperta della forza interiore La scoperta dei limiti L'imparare l'empatia
	L'importanza del <i>self-care</i>	Il <i>self-care</i> per poter assistere

Macrocategoria	Categorie	Etichette concettuali
<b>Conoscenza di sé (professionale)</b>	Consapevolezza dell'importanza della pratica riflessiva	Il fermarsi a riflettere Il sapersi adattare
	Arricchimento dell'esperienza lavorativa	La scoperta di nuove esperienze Apprendimenti clinici

Macrocategoria	Categorie	Etichette concettuali
<b>Sviluppo del ruolo professionale</b>	Conferma del valore del lavoro sanitario /per sé e gli altri	Vedere con occhi nuovi la propria professione Il valorizzare la propria professione
	Una nuova consapevolezza	Il sentirsi necessari Il saper mettersi in gioco
	Desiderio di un'intensificazione del processo formativo per i sanitari	Formazione come cura del professionista

Macrocategoria	Categorie	Etichette concettuali
<b>La necessaria trasformazione del servizio sanitario</b>	Desiderio di una nuova classe dirigente/ di una leadership riconoscente e partecipativa	Necessità di una dirigenza qualificata Necessità di una dirigenza sensibile

	Indicazioni per una trasformazione del Servizio Sanitario	Trovare nuove strategie
--	---	-------------------------

## Allegato E

### Coding System con unità significative selezionate

Macrocategoria o categoria di secondo livello	Categoria di primo livello	Etichette concettuali	Unità significative (le più frequenti)
Vissuti dolorosi	1.Patire il senso di impotenza	Provare smarrimento (Il sentirsi impotenti, frustrati e con paura)	<p><i>Iniziale smarrimento per l'esiguità di informazioni scientifiche sul tema COVID-19 (1)</i></p> <p><i>LA SENSAZIONE DI IMPOTENZA E DI DISINFORMAZIONE QUANDO HO VISTO ALLESTIRE IN FRETTA E FURIA NEL MIO OSPEDALE LE TENDE PER IL TRIAGE O LE PARETI IN CARTONGESSO NEL PRONTO SOCCORSO (187)</i></p> <p><i>La paura iniziale del non noto inizialmente è stata difficile da gestire non solo per me stessa (3)</i></p> <p><i>la sensazione di grande impotenza, la sensazione di non conoscere gli eventi futuri e di non poterli gestire, governare o controllare (92)</i></p> <p><i>Sensazione di impotenza clinica e terapeutica (1)</i></p> <p><i>Il senso di inadeguatezza e di impotenza di fronte a una patologia sconosciuta (14)</i></p> <p><i>il senso di frustrazione: lavoravamo come non abbiamo mai lavorato cos' intensamente, eppure ci sembrava di non arrivare mai a ottenere risultati sui pazienti ... stavano malissimo (23)</i></p> <p><i>emozionante e struggente...ci si rende conto dell'impotenza delle cure...in questa pandemia (27)</i></p> <p><i>Paura di dover affrontare una malattia di cui si sapeva poco e niente e per cui i cambiamenti organizzativi e del gruppo di lavoro erano all'ordine del giorno. (44)</i></p> <p><i>la sensazione di "combattere contro i mulini a vento"(55)</i></p> <p><i>In tutto ciò l'operatore sperimentava la propria piccolezza e i propri limiti nel poter rispondere ai bisogni dei pazienti. (77)</i></p> <p><i>la sensazione di grande impotenza, la sensazione di non conoscere gli eventi futuri e di non poterli gestire, governare o controllare (92)</i></p> <p><i>l'impotenza di fronte al bisogno delle persone (132)</i></p> <p><i>L'impotenza, il fatto di potere aiutare i pazienti affetti da Covid fino a un certo punto (144)</i></p> <p><i>la sensazione di impotenza delle primissime fasi, ma anche l'ironia con cui abbiamo cercato di sdrammatizzare quei momenti (154)</i></p>

		<p><i>Dover assistere pazienti terrorizzati che non potevano essere incoraggiati dai propri familiari e vedere come si lasciavano andare piano piano, arrivando a morire da sole, mi ha fatto sentire inutile come professionista (160)</i></p> <p><i>Mi è rimasta l'impotenza di fronte a un virus che si manifesta in troppi modi diversi. essere definiti come untori, paranoici da civili e parenti. (203)</i></p> <p><i>Veder piangere i colleghi per l'impotenza. (241)</i></p> <p><i>Mi sentivo inutile, sopraffatto e angosciato (422)</i></p> <p><i>Tutta la fragilità del mondo assieme. Incertezza, fragilità, angoscia, dolore, pena sono le emozioni che circondano il covid (246)</i></p> <p><i>Ciò che più mi ha destabilizzato è stato cambiare completamente tipo di attività lavorativa senza alcuna formazione sul campo ma, per necessità organizzative aziendali, svolgendo fin da subito le nuove attività in maniera autonoma (99)</i></p>
	Impotenza per il malato di tumore	<p><i>Lavoro con pz oncologici e nella mia esperienza ho vissuto la drammaticità di pazienti che dovevano aspettare di guarire dal covid per poter curare il tumore. Questo mi rendeva impotente (65)</i></p> <p><i>Ho vissuto la drammaticità di pazienti che dovevano aspettare di guarire dal covid per poter curare il tumore. Questo mi rendeva impotente (76)</i></p> <p><i>Molta paura da parte dei malati di cancro che sto curando, essere preoccupati di uscire di casa, di venire in ospedale, morire senza vedere le loro famiglie. La maggior parte di loro sono stati a casa ora per un anno e non hanno visto la famiglia e potenzialmente possono morire del loro cancro presto (492)</i></p>
	*Impotenza e stanchezza (poche unità, ma da non perdere)	<p><i>Le sensazioni che ricordo maggiormente sono da una parte il senso di impotenza [per le numerose morti] e dall'altra la stanchezza infinita [numerosi turni, senza riposo] (129) era legata alla stanchezza per i giorni e il numero di ore lavorate e per l'incertezza della situazione (221)</i></p> <p><i>La stanchezza infinita invece è legata alla decimazione del personale che ha costretto a turni infiniti senza riposi o pause per un periodo durato un tempo esageratamente lungo mettendo, tra l'altro a rischio la sicurezza di operatori e pazienti (129)</i></p>
	Sentire l'incertezza	<p><i>La paura iniziale del non noto inizialmente è stata difficile da gestire non solo per me stessa (3)</i></p> <p><i>il vissuto più destabilizzante penso sia legato all'incertezza. L'incertezza accompagna la mia quotidianità (16)</i></p>

		<p><i>La fatica di un pensiero che guarda avanti, che traccia traiettorie e che contempla anche l'incertezza, che faticiamo a condividere tra di noi e soprattutto con i pazienti (16)</i></p> <p><i>Lasciare la routine, le certezze di sempre mi hanno portato pensieri, dubbi, perplessità, sconforto, paura (120)</i></p> <p><i>Percezione diffusa di sgomento e incertezza e ansia per il futuro (81)</i></p> <p><i>La parte più complessa è stata l'incertezza che è prevalsa in tutta questa emergenza, in modo particolare dalle poche informazioni forniteci dai nostri superiori (63)</i></p> <p><i>è stato il violento e repentino cambio di reparto e attività lavorativa (99)</i></p> <p><i>la paura mia e dei colleghi di affrontare una cosa nuova ... Lo sconforto e la sensazione di non farcela (196)</i></p> <p><i>Le informazioni erano tante, spesso contrastanti, regnava l'incertezza rispetto ai comportamenti corretti da tenere (anche nella vita quotidiana (200)</i></p> <p><i>era legata alla stanchezza per i giorni e il numero di ore lavorate e per l'incertezza della situazione (221)</i></p> <p><i>Il logoramento emotivo dovuto all'incertezza (318)</i></p> <p><i>è la non possibilità di contatti fra loro in caso di ricovero in ospedale, il non sapere come sia realmente la situazione della persona cara, e il non poter vedere, e spesso anche la mancanza di informazioni da parte del personale sanitario (186)</i></p>
	2.Sentirsi immersi nella sofferenza	<p>Sentire la solitudine e la paura (come fenomeno collettivo e sociale)</p> <p><i>Tanta solitudine, del paziente, delle famiglie, degli operatori sanitari (95)</i></p> <p><i>è la solitudine, che si vive a volte solo emotiva, a volte sociale a volte un vero e proprio isolamento che pesa su pazienti, operatori, familiari... (232)</i></p> <p><i>mi sembra importante proteggersi e proteggere ma anche di quanto siano importanti e fondamentali gli abbracci non ricevuti (102)</i></p> <p><i>è la paura trasversale a tutte le figure coinvolte...sul volto dei pazienti che avevano paura della morte, paura sul volto di noi infermieri/medici/oss per ciò a cui stavamo assistendo e partecipando (224)</i></p>
	Provare sofferenza per l'isolamento proprio	<p><i>E tu sei solo, ti senti solo come lor. (14)</i></p> <p><i>Un momento difficile è stato l'isolamento personale, dalla mia famiglia (20)</i></p> <p><i>Non abbraccio e non bacio mio figlio da più di un anno (276)</i></p> <p><i>Tutti confinati, non si possono né visitare né toccare bambini, non si possono dare abbracci, che triste (349)</i></p> <p><i>Isolamento di 28 giorni per aver vissuto con 2 parenti con covid e la morte di un amico per covid (383)</i></p>

			<p><i>La lontananza dai figli e nipoti nei primi tempi dell'isolamento obbligatorio (388)</i>  <i>in questi momenti mi sono sentita molto sola (399)</i>  <i>Fare la quarantena e i turni in UCI (300)</i>  <i>quando dovevo rimanere nella mia stanza isolata dalla mia famiglia dato che stavo lavorando con i pazienti covid (423)</i></p>
		<p>Soffrire per la solitudine del paziente (Il sentire la paura e la solitudine dell'altro - cosa mi provoca)</p>	<p><i>Isolamento dei pazienti dal loro mondo e dalla famiglia anche per lunghi periodi (1)</i>  <i>l'isolamento al quale sono sottoposti i pazienti e la non possibilità di poter essere assistiti dai loro cari (7)</i>  <i>I pazienti rimanevano soli la maggior parte del tempo, o meglio scrutati intensamente dal corridoio, come fossero in vetrina (32)</i>  <i>Mi ha profondamente ferito la solitudine che lo ha accompagnato nei suoi ultimi giorni (71)</i>  <i>andare per i reparti ad intubare le persone che ti guardavano con gli occhi pieni di paura non potendo vedere i suoi cari mi sembrava un incubo (97)</i>  <i>è la solitudine negli occhi dei pazienti che non potevano avere al proprio fianco i familiari in ospedale! (118)</i>  <i>della loro sofferenza nel rimanere lontani giorni e giorni da casa e dai loro cari, anche le persone lucide ad un certo punto si scompensavano (151)</i>  <i>La cosa più difficile è la solitudine delle persone con sintomi molto fastidiosi (dispnea) e tutti molto coscienti (293)</i>  <i>il dover negare l'affetto e la vicinanza della propria famiglia in un momento delicato e difficile (144)</i>  <i>Ricordo che in quel momento con la tuta e la mascherina mi sono sentita soffocare, non riuscivo a trattenere le lacrime e li ho visto gli effetti che poteva provocare il virus su una persona certamente anziana ma sana e indipendente fino alla settimana prima (72)</i>  <i>Alla fine, mi ritrovavo ad ascoltare per lunghi interminabili minuti il vissuto, il dolore, l'abbandono, la morte, l'isolamento di queste persone/famiglie; mi sono dovuta improvvisare psicologa, counselor...Credo di non aver mai pianto così tanto nella mia vita professionale (93)</i>  <i>Ho avuto incubi per due mesi e crisi di panico...il non poter stare troppo tempo in stanza con i pazienti e doverli lasciare da soli mi ha creato molto disagio anche perché a volte è capitato di chiudere la porta e quando la si riapriva si trovava il pz deceduto... (170)</i>  <i>Molto sedati con evidente sforzo respiratorio e soli (279)</i></p>

		<p><i>La solitudine dei pazienti durante il ricovero (467)</i>  <i>è la paura trasversale a tutte le figure coinvolte...sul volto dei pazienti che avevano paura della morte, paura sul volto di noi infermieri/medici/oss per ciò a cui stavamo assistendo e partecipando (224)</i>  <i>La mia esperienza lavorativa mi ha portato ad una introspezione e riflessione talmente approfondita che terminando con la mia malattia e la morte di un genitore oggi mi ha reso deprivata di sensazioni ed emozioni positive (172)</i>  <i>A casa più di una volta ho avuto delle crisi di pianto senza motivo (221)</i>  <i>è da lì che viene la rottura, il panico. Tornare a vedere tutti questi pazienti pronati mi ha causato una forte depressione che ho dovuto affrontare e curare da sola (399)</i>  <i>il dolore dei loro cari piangenti al telefono e il sentirsi assolutamente impotenti di fronte a tutto ciò (31)</i>  <i>Penso spesso a quel paziente. Forse le cose sarebbero potute andare in modo diverso. (32)</i></p>
	Ricordare immagini e situazioni che provocano dolore	<p><i>Gli sguardi di chi non riusciva a respirare (2)</i>  <i>Guardare negli occhi spenti di chi ha già perso la speranza di avere un'ultima possibilità (14)</i>  <i>le innumerevoli morti da "insaccare" in quei sacchi tristemente neri (151)</i>  <i>Non avevo mai visto prima la paura di morire negli occhi di un bambino (355)</i>  <i>Il momento più difficile è stata la gestione dei pazienti deceduti. Chiudere i corpi dentro ai sacchetti di plastica è stato terribile (22)</i>  <i>Quello che mi colpì fu la paura che si rifletteva sui loro volti, temevano di morire (355)</i>  <i>I pazienti più anziani hanno sofferto moltissimo. Provo ancora molta tristezza, e mi si gonfiano gli occhi tutte le volte che ne parlo o ricordo quei giorni (32)</i>  <i>Ho avuto paura per lui e mancanza di speranza per tutti noi. L'ho sentito troppo vicino e ho avuto (395)</i>  <i>Non riuscire a dormire il giorno in cui ero con COVID ho avuto ipotensione e bradicardia, pensando che sarei morta dormendo e da sola (404)</i>  <i>è la sofferenza più grande da guardare nei loro occhi (162)</i>  <i>è la sofferenza colta negli occhi, nella tristezza, nel pianto e nei racconti di diversi pazienti che da settimane o, in alcuni casi, mesi, non vedevano i loro cari (215)</i></p>
	Provare sofferenza per la persona anziana	<p><i>Le chiamate dei pazienti soprattutto anziani si sentivano soli. Uno mi disse non te ne andare, fammi compagnia. Non voglio morire (157)</i></p>

		<p><i>un gran numero di pazienti adulti anziani, soli, spaventati, non accompagnati (416)</i>  <i>I pazienti più anziani hanno sofferto moltissimo. Provo ancora molta tristezza, e mi si gonfiano gli occhi tutte le volte che ne parlo o ricordo quei giorni. (32)</i>  <i>Durante la prima ondata il compito per me più difficile era entrare nelle stanze dei pazienti più anziani e cercare di metterli con contatto con i familiari a casa.... Spesso erano telefonate strazianti tra persone molto spaventate dall'idea di non vedersi mai più.... (74)</i>  <i>Assistere un'anziana covid in fin di vita ed esprimeva il suo ultimo desiderio con le lacrime agli occhi: vedere sua nipote che non vedeva da circa 4 mesi. (183)</i>  <i>la cosa più difficile è stata prendersi cura di pazienti in fine vita e pazienti anziani con delirium senza la compagnia di un familiare (414)</i></p>
	Il sentirsi sopraffatti a livello emotivo (sentire le conseguenze sulla salute mentale)	<p><i>Ecco da dove viene il crollo, il panico. Rivedere tutti quei pazienti pronati, mi causò una forte depressione, mi venne una crisi di panico che dovevo saper prendere e trattare da sola (399)</i>  <i>Senso di mancanza di protezione e vulnerabilità assoluta (394)</i>  <i>La mia esperienza lavorativa mi ha portato ad una introspezione e riflessione talmente approfondita che terminando con la mia malattia e la morte di un genitore oggi mi ha reso deprivata di sensazioni ed emozioni positive. (172)</i>  <i>A casa più di una volta ho avuto delle crisi di pianto senza motivo. (221)</i>  <i>In verità mi sento troppo stanca per poter rispondere (290)</i></p>
3. Affrontare la morte	Sentire lo sconforto per le morti numerose e in solitudine	<p><i>Profondo sconforto quando i decessi degli ospiti sembravano non arrestarsi malgrado tutte le misure di contenimento intraprese (17)</i>  <i>non so quanti pz mandati in rianimazione intubati... tanti anche non tornavano... (23)</i>  <i>è stata la gestione dei pazienti deceduti. Chiudere i corpi dentro ai sacchetti di plastica ed è stato terribile (30)</i>  <i>è la morte in assoluta solitudine e sofferenza (31)</i>  <i>Esperienza della morte dei pazienti vissuta tante volte (89)</i>  <i>Le sensazioni che ricordo maggiormente sono da una parte il senso di impotenza [per le numerose morti] e dall'altra la stanchezza infinita [numerosi turni, senza riposo] (129)</i>  <i>Persone che muoiono sole. Chiuse in sacchi neri (137)</i>  <i>Pazienti, che ti stringono la mano, per non sentirsi soli, ricordarti che loro stanno morendo e l'unica parola che riescono a dire è un grazie, (138)</i>  <i>Troppi decessi (140)</i>  <i>Vedere morire così tanti pazienti nonostante stessimo facendo tutto il possibile (336)</i></p>



		<p><i>Vedere morire così tanta gente anche giovani (97)</i>  <i>L'immensa tristezza nel veder spegnersi persone senza l'affetto dei loro parenti, senza una mano da stringere (14)</i>  <i>Quanto sia importante accompagnare in questi ultimi minuti i pazienti che poi sono morti, che erano soli e molti con paura (315)</i></p>
	<p>Vedere il morire di colleghi e persone care (le perdite)  (I medici cileni parlano maggiormente di questo)</p>	<p><i>Perdere qualcuno che era molto importante per me a causa di questa pandemia. Il mio vicino di una vita che era come mio nonno (353)</i>  <i>È morto un collega medico molto vicino a me in ospedale (364)</i>  <i>La morte di un collega vicino (375)</i>  <i>La morte di un collega medico per covid-19 (376)</i>  <i>La morte di una persona cara (387)</i>  <i>La morte di un collega anestesista per 2 mesi in ospedale con complicazioni multiple (389)</i>  <i>Sensazione di intrappolamento o stagnazione globale e angoscia per vicini e familiari morti o gravemente malati (393)</i>  <i>Vedere persone vicine (familiari, colleghi) ammalarsi gravemente e morire (402)</i>  <i>Perdere mia madre x covid senza poter salutarla ... (385)</i>  <i>Ansia e timore per mio figlio che rimanga solo (285)</i>  <i>Morte di due persone care, non essere in grado di partecipare alla sepoltura, e partecipare via zoom (398)</i>  <i>Amiche compagne colpite e con i coniugi deceduti nonostante fossero ricoverati, tutti medici (267)</i></p>
	<p>Provare compassione per chi muore in solitudine</p>	<p><i>Morire in isolamento, isolamento personale, negare terapia a causa della pandemia (41)</i>  <i>È stato molto difficile veder morire così tante persone e senza il conforto dei propri familiari (70)</i>  <i>ed alla solitudine con la quale sono morti e continuano a morire molti pazienti (75)</i>  <i>La solitudine nel morire senza le persone care al fianco e non poter dirgli addio (84)</i>  <i>Vedere morire così tanta gente anche giovani, andare per i reparti ad intubare le persone che ti guardavano con gli occhi pieni di paura non potendo vedere i suoi cari mi sembrava un incubo. (97)</i>  <i>Il momento più brutto è stato vedere persone morire e non poter fare niente in più, non hanno potuto dare l'ultimo saluto ai suoi cari (119)</i></p>

		<p><i>Non riesco più a sopportare la sofferenza, vederli morire da soli, e morire tantissime persone (125)</i></p> <p><i>Vedere le persone morire da sole, senza l'affetto dei propri cari (131)</i></p> <p><i>Vedere morire all'inizio della pandemia a Santiago 3 persone anziane ... che la famiglia non potesse salutare (245)</i></p> <p><i>Vedere i miei pazienti morire e non poter stare con la loro famiglia nei loro ultimi momenti (301)</i></p> <p><i>L'ho visto solo una volta, il primo giorno, ma pensare che era lontano dalla sua famiglia, da solo, ed è morto in un paese straniero, è stato triste (452)</i></p>
4.Preoccuparsi del contagio	Sentire la paura di contagiarsi	<p><i>Avevo molta paura e mettevo in pratica moltissime. Sicuramente il momento per me più difficile è stato quando ho scoperto che mi ero contagiata (38)</i></p> <p><i>precauzioni per evitare di ammalarmi. (5)</i></p> <p><i>Timore nell'accedere al domicilio del paziente (229)</i></p> <p><i>Il timore di "sorvolare" su qualche passaggio e dare luce a focolai, dentro e fuori dal contesto, era enorme e diffuso negli occhi di chi collaborava attivamente in quelle fasi (239)</i></p> <p><i>La paura di contagiarmi e di contagiare la mia famiglia (253)</i></p> <p><i>stare con tutti i mezzi di protezione per ore e ore, esaurimento fisico, incertezza al momento di rimuovere i mezzi di protezione e pensare che potrei contagiarmi (276)</i></p> <p><i>Essere esposta a persone infette e temere di infettarmi (330)</i></p>
	Sentire la paura di contagiarsi per mancanza di dispositivi	<p><i>La paura del possibile contagio con la scarsa dotazione di ausili per combattere la pandemia nella fase iniziale del covid 19(122)</i></p> <p><i>Non poter utilizzare all'inizio i presidi di protezione perché non disponibili e la paura l'incertezza di come si sarebbe evoluto il contagio dei pz e di noi operatori (185)</i></p> <p><i>essere costantemente esposta al virus con attrezzature scarse (che dovevamo acquistare principalmente noi come personale sanitario) (295)</i></p> <p><i>All'inizio della pandemia non sempre avevamo i dpi necessari e a volte ti trovavi di fronte al bivio di tutelare meno la propria salute pur di assicurare un'assistenza adeguata (139)</i></p> <p><i>la diffidenza in quanto è stato detto che per evitare il contagio a inizio pandemia c'era protocollo che bastava mascherina chirurgica che non era vero (203)</i></p> <p><i>Continuare ad assistere di persona i pazienti senza avere chiaro il meccanismo di diffusione di questo. Avere a che fare con lo stress (461)</i></p>

		Sentire la paura di contagiarsi in situazioni particolari	<i>Visite domiciliari a malati covid non necessariamente autonomi (352)</i> <i>Realizzare endoscopie a pazienti covid in unità covid (386)</i>
		Sentire la responsabilità di contagiare (emerge soprattutto dai medici latinoamericani)	<i>Inoltre, paura di ammalarmi e di infettare i familiari (19)</i> <i>Riorganizzare la propria vita per la paura di infettare un proprio caro (20)</i> <i>Paura e senso di impotenza per i colleghi che si ammalavano, paura di poter ammalarsi e contagiare i propri familiari (44)</i> <i>Penso alla paura che i miei cari possano contagiarsi ed ammalarsi, (75)</i> <i>La paura di portare l'infezione ai miei genitori anziani. Lo sconforto e la sensazione di non farcela (196)</i> <i>Paura di essere "vettore" del virus sia con i miei familiari che con i pazienti soprattutto del periodo lock down (202)</i> <i>nella fase iniziale la mancanza di presidi che ha lasciato paura nel contagiarsi e contagiare altre persone fragili. aver la consapevolezza che contagiando persone fragili potevi provocare la morte (203)</i> <i>Altra frustrazione era il timore di contagiare i miei famigliari (221)</i> <i>Il ricovero di mio marito dopo averlo contagiato con COVID-19 (260)</i> <i>Anch'io avevo paura di contagiarmi e di portare il virus a casa mia, da mio figlio (355)</i> <i>Ansia per la paura di sapere se sono contagiato al ritornare a casa mia (376)</i> <i>Alto rischio di contagio personale e familiare (397)</i> <i>L'essere stato un contatto di un collega (406)</i> <i>Paura di contagiare persone care ed esaurimento psicofisico (407)</i> <i>Stare in ospedale con il corpo e l'anima, lasciando la famiglia a casa (470)</i>

<b>Macrocategoria</b>	<b>Categoria di primo livello</b>	<b>Etichette concettuali</b>	<b>Unità significative</b>
<b>2. Aspetti legati al professionalism e all'etica professionale e al caring</b>	1.Provare angoscia morale	Timore di commettere errori	<i>un grande senso di angoscia per la paura di poter nuocere alle persone che andavo ad assistere successivamente ciò che mi ha accompagnato durante tutto il periodo all'interno del reparto Covid è stata una sensazione di rottura con la mia identità ed etica professionale (99)</i> <i>Stravolgere la routine del proprio lavoro per iniziare un'attività che non si conosce, di cui non si è "padroni" con una malattia di cui non si conosce nulla (29)</i>

			<p><i>È stato difficile il triage telefonico, all'inizio i sintomi non erano chiari ed alcuni potevano essere sottovalutati (93)</i></p> <p><i>Ho cercato per quanto potevo di imparare, di prepararmi, ma vivevo la situazione con la costante paura di commettere errori o omissioni, di non essere all'altezza (222)</i></p> <p><i>il costante stress e la paura di commettere errori che potrebbero essere fatali (295)</i></p> <p><i>La sensazione di angoscia quando si passa dal vedere bambini agli adulti, senza sapere cosa succederebbe e con protocolli che cambiano ogni giorno (437)</i></p> <p><i>Le informazioni erano tante, spesso contrastanti, regnava l'incertezza rispetto ai comportamenti corretti da tenere (anche nella vita quotidiana) (200)</i></p> <p><i>Ciò che più mi ha destabilizzato è stato cambiare completamente tipo di attività lavorativa senza alcuna formazione sul campo ma, per necessità organizzative aziendali, svolgendo fin da subito le nuove attività in maniera autonoma. (99)</i></p> <p><i>Il timore di consigliare un paziente in tele consulta sbagliando sui tempi (442)</i></p>
		<p>Mancare di informazioni e di risorse (materiali, persone, organizzazione, ...)</p>	<p><i>Mancanza di risorse (umane e materiali) per la mole di pazienti da trattare che mi ha creato sensazione di impotenza e frustrazione (19)</i></p> <p><i>associata a rabbia per la persistente carenza dei dispositivi di protezione nonostante le continue richieste e i solleciti (44)</i></p> <p><i>Partecipare alla decisione dell'equipe multidisciplinare di sospendere la ventilazione ad un paziente e quindi iniziare con il percorso di accompagnamento alla morte in quanto non vi è sufficiente posto in terapia intensiva per accogliere tutti i pazienti che ne necessiterebbero (78)</i></p> <p><i>Che arrivassero pazienti al reparto solo per aspettare che morissero, sapendo che si sarebbe potuto fare di più ma non c'erano le risorse (315)</i></p> <p><i>Non avere sufficienti posti letto in terapia intensiva (335)</i></p> <p><i>limitazione dell'intubazione nei pazienti giovani (362)</i></p> <p><i>La paura del possibile contagio con la scarsa dotazione di ausili per combattere la pandemia nella fase iniziale del covid 19 (122)</i></p> <p><i>associata a rabbia per la persistente carenza dei dispositivi di protezione nonostante le continue richieste e i solleciti (44)</i></p> <p><i>la disorganizzazione durante la prima ondata e la carenza di DPI (55)</i></p> <p><i>La mancanza dei presidi sanitari e il non sapere cosa sarebbe successo (146)</i></p> <p><i>affrontato con poche informazioni, senza DPI, con i medici di medicina generale che si sono eclissati, con la costante frustrazione di non poter far nulla per i pazienti che stavamo assistendo (176)</i></p>

			<p><i>Non poter utilizzare all'inizio i presidi di protezione perché non disponibili e la paura l'incertezza di come si sarebbe evoluto il contagio dei pz e di noi operatori (185)</i>  <i>per la mancanza di risorse umane formate nella gestione della patologia e dell'acuto ma anche per la mancanza di risorse tecniche essenziali (es: presidi) (219)</i>  <i>Vedere come la salute dei pazienti si deteriora per mancanza presidi (430)</i></p>
		Affrontare decisioni difficili	<p><i>A causa della sua agitazione e per l'alto rischio di caduta veniva contenuto agli arti superiori e inferiori. Era solo in camera, con la porta sempre chiusa, e legato. E ricordo che piangeva (214)</i>  <i>Definire in Urgenza i pazienti che non erano candidati alla ventilazione meccanica e dare priorità agli altri l'ordine di accesso al letto di Paziente (241)</i>  <i>Paziente in difficoltà respiratoria e non avere un ventilatore meccanico (275)</i>  <i>Dover limitare lo sforzo terapeutico con pazienti che richiedono la ventilazione meccanica solo a causa della loro età (305)</i>  <i>Dover scegliere il paziente da intubare per rimanere senza ventilatore più volte (314)</i>  <i>Dover scegliere il paziente da intubare per essere rimasti senza ventilatore più volte. (314)</i>  <i>Mancanza di disponibilità di letti e ventilatori e dover scegliere chi aveva più possibilità di sopravvivenza (448)</i>  <i>lo scontro con il coordinatore del servizio che non voleva fornire i presidi adeguati per lavorare, nonostante il numero crescenti di colleghe che si ammalavano (24)</i>  <i>Mancanza di disponibilità di letti e ventilatori e dover scegliere chi aveva più possibilità di sopravvivenza (448)</i>  <i>Dover decidere quale paziente portare in ospedale perché c'era solo una possibilità di trasferimento in ambulanza (358)</i>  <i>Paziente con difficoltà respiratoria e non avere ventilatore meccanico (275)</i>  <i>limitare lo sforzo terapeutico con pazienti che necessitavano di ventilazione meccanica solo a causa della loro età (305)</i>  <i>Arrivare alla massima capacità di assistenza del paziente a causa dei limiti della rete di ossigeno (241)</i>  <i>Partecipare alla decisione dell'equipe multidisciplinare di sospendere la ventilazione ad un paziente e quindi iniziare con il percorso di accompagnamento alla morte in quanto non vi è sufficiente posto in terapia intensiva per accogliere tutti i pazienti che ne necessiterebbero. (78)</i></p>

			<p><i>Cannula nasale ad alto flusso per non avere un ospedale con letti disponibili né forniture e attrezzature necessarie (429)</i></p> <p><i>Decidere a chi intubare (433)</i></p> <p><i>essere rinchiuso nel rianimatore con la fisioterapista e una valigetta con laringoscopio (466)</i></p> <p><i>grande richiesta interna di letto in uci con ventilatore e nessuna possibilità di risolvere il problema (469)</i></p>
		Spiritual	<p><i>visto persone belle che sembravano dei mostri, corpi distrutti rinchiusi in sacchi neri come delle cose da buttare (31)</i></p>
		Vedere il discomfort del paziente	<p><i>la frustrazione dovuta all'impossibilità di poter essere vicini ai pazienti e assisterli con la filosofia che caratterizza il nostro lavoro garantendone la dignità soprattutto nel fine vita. (44)</i></p> <p><i>La "ruralità" del contesto e la sua essenzialità. La solitudine dei pazienti nei loro letti, spesso malmessi, infreddoliti, con aghi, device respiratori a volte non collegati o mal posizionati... (9)</i></p> <p><i>Il pasto, unico momento che determina lo scadenzare delle giornate, è sempre freddo (9)</i></p> <p><i>Ho sentito il dovere morale di informare i familiari dei residenti della CRA (13)</i></p> <p><i>l'infermieristica è diventata molto un ritorno al garantire le funzioni vitali principali. Io mi sono sentita molto infermiera... (23)</i></p> <p><i>non c'è stato tempo di effettuarle (cure igieniche) per il susseguirsi incessante di urgenze ... pertanto i malati sono rimasti nei propri escrementi per ore e ore (103)</i></p> <p><i>lo stare "poco "con il pz e non garantire loro l'assistenza dovuta !(169)</i></p> <p><i>Prestare attenzione a questi pazienti soprattutto nella fase iniziale in cui si sapeva poco, l'assistenza inizialmente nel mio ambito era di qualità inferiore a mio parere. (73)</i></p>
	Alterazione della modalità di relazione	<p>Lavorare con i DPI</p> <p>Il sentire i limiti nella comunicazione anche per l'isolamento</p>	<p><i>L'assistenza infermieristica individualizzata, a cui ero abituata è stata totalmente dimenticata; il rapporto di care, tra infermiere e paziente, annullato quasi totalmente, dai vetri delle stanze che separavano il corridoio "pulito" dalla zona sporca. Le tute ed i DPI hanno fatto il resto. Noi infermieri, come tutto il personale sanitario, assistevamo molte volte impotenti a questo (32)</i></p> <p><i>è il cambiamento nel modo di interagire con le persone. Siamo passati da contatto fisico, forza di comunicazione non verbale etc. ad un rapporto garantito solo da uno schermo. Questa cosa ha limitato molto sia gli affetti più stretti che i rapporti sociali e di lavoro.</i></p>

			<p>(8)  <i>mi rimane impresso quando i pazienti mi dicono 'ti ho riconosciuta dalla voce', mi fa sempre pensare il fatto che ai loro occhi noi siamo tutti uguali e che soffrono di questo (83)</i>  <i>le maggiori difficoltà sono state riscontrate nella ridotta possibilità di contatto con le pazienti (116)</i>  <i>la difficoltà più grande è stata il lavorare con DPI soprattutto per quello che significa nel rapporto con il paziente (148)</i>  <i>la difficoltà di comunicazione non verbale che è diventata ormai solo uno scambio di sguardi, non ci sono più sorrisi se non nascosti dalle mascherine, non ci sono più abbracci, nei quali a volte è racchiuso un "ci sono io con te, andrà tutto bene (162)</i>  <i>mancanza delle relazioni socioaffettive e dalla sospensione dei contatti umani (188)</i></p>
		Moral spiritualità	<p><i>per ognuno pregavo che non si complicasse, che potessero fare la quarantena nelle loro case circondati dalla loro famiglia con amore (312)</i></p>
	<p>Sperimentare la cura come “antidoto” al dolore morale: l’esserci (con tutti i limiti e sofferenza)</p> <p>La cura come supporto e vicinanza  L’importanza dei piccoli gesti  Nuova consapevolezza degli atti di cura</p> <p>A volte si fa tutto, anche di più ma il dolore non va via, allora forse non</p>	<p>Praticare la cura come supporto e vicinanza o meglio essere vicini o il saper esserci, accompagnare  Il saper esserci in modi diversi:  Ascoltare  Informare  Toccare  Contenere  Accompagnare  Guardare – lo sguardo</p> <p>-accompagnare in bagno pazienti,  - cambiare loro indumenti dopo giorni, -</p>	<p><i>ho cercato di dedicare a loro del tempo per parlare, per raccontare, o anche solo semplici gesti di affetto o di aiuto (9)</i>  <i>“Ho imparato a dedicare ancora più tempo di quello che dedicavo prima all’ascolto dei pazienti. Ho imparato anche a rispettare i silenzi e a comunicare con il tocco e con lo sguardo, visto che le parole spesso erano incomprensibili visti tutti i dispositivi addosso”.</i>  <i>(57)</i>  <i>l'importanza di far sentire la mia vicinanza ai malati, di non farli sentire soli (176)</i>  <i>concentrare in poco tempo il contatto con il paziente - x me lo sguardo è stato fondamentale (145)</i>  <i>Credo che nessuno si aspettasse una situazione mondiale simile. Ho avuto la conferma di quanto sia importante relazionarsi con le persone. Solo il fatto che non le puoi vedere in faccia (mascherina) e non le puoi toccare (una semplice stretta di mano).(187)</i>  <i>una donna anziana a cui dovevo somministrare idratazione per via e.v e che voleva assolutamente toccarmi il viso per avere un contatto diretto, cosa che le mancava enormemente (209)</i>  <i>Non ho sempre dato buone notizie, ma ricevere qualsiasi informazione &lt;anche cattive notizie&gt; li calmava, o li toglieva un po' di ansia (291)</i>  <i>Stava per essere intubato e mi ha chiesto per favore di rimanere sempre al suo fianco, mi ha ringraziato per averlo accompagnato (298)</i></p>

	bisogna fare molto (lo sforzo nella terapia o invasività), ma semplicemente esserci	dedicare a loro del tempo per parlare, per raccontare, -o anche solo semplici gesti di affetto o di aiuto(9) gesti di cura: supporto e vicinanza per ridurre il senso di solitudine(23)	<i>dovevamo contenere gli utenti che erano molto spaventati proprio come noi (413)</i> <i>Ti chiede di accompagnarlo, perché la sua famiglia è lontana, molte volte anche altri membri della famiglia sono ricoverati e in alcuni casi sono morti (464)</i> <i>una donna anziana a cui dovevo somministrare idratazione per via e.v e che voleva assolutamente toccarmi il viso per avere un contatto diretto, cosa che le mancava enormemente (209)</i> <i>concentrare in poco tempo il contatto con il paziente - x me lo sguardo è stato fondamentale (145)</i> <i>Quanto sia importante accompagnare in questi ultimi minuti i pazienti che poi sono morti, che erano soli e molti con paura (315)</i>
		Gesti di cura: le mani che ascoltano, che custodiscono, che incoraggiano, che alleviano, che aiutano, che accolgono, gli sguardi e le voci. (80)	<i>Resta la risorsa, potente e diretta, delle mani: mani che ascoltano, che custodiscono, che incoraggiano, che alleviano, che aiutano, che accolgono. Restano gli sguardi e le voci. (80)</i> <i>La comunicazione il toccare il paziente molte volte sono dati per scontati (2)</i> <i>la pandemia è stata la conferma di quanto un certo tipo di contatto e rapporto che si viene a creare con le pazienti (venuto meno in questo periodo) possa influenzare considerevolmente gli esiti materni e perinatali (117)</i>
		Il saper ascoltare	<i>Con i pazienti: ad ascoltare molto di più le loro preoccupazioni (post covid in gran parte della mia pratica assistenziale) (243)</i> <i>anche se solo un po', la loro paura e l'angoscia di accompagnarli, ascoltarli e parlare con loro è già un risultato, qualcosa di piccolo ma è qualcosa (312)</i>
		Il cercare di garantire un minimo di buona cura  Il mantenere la qualità assistenziale: - Mantenere standard quotidiani - Relazione con caregivers	<i>È stato importante garantire qualità assistenziale. Mantenendo standard quotidiani (94)</i> <i>.... In particolare, è stato fondamentale mantenere un rapporto vivo con i caregivers, assenti completamente nel contesto clinico, aiutare psicologicamente il paziente affetto da covid e cercare di conservare il più possibile il rispetto alla preparazione della salma (94)</i> <i>concentrare in poco tempo il contatto con il paziente - x me lo sguardo è stato fondamentale (145)</i> <i>Mi sono rimasti impressi gli occhi di una persona sola a lottare contro il virus, e il nostro gruppo che non perdeva d'occhio nessuno, né dal punto di vista umano né professionale, pensando continuamente a strategie innovative da mettere in campo nell'immediato, per garantire comfort, presa in carico, problem solving, dignità e sicurezza (239)</i>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sostegno psicologico</li> <li>- Rispetto preparazione salma (94)</li> </ul>	<p><i>Per il resto è stato un sostegno nella mobilitazione, respiro, alimentazione, idratazione...e supporto... tanto supporto e vicinanza... perché erano soli... sempre (23)</i></p>
	Cercare la cura nei dettagli	<p><i>Rilevanza dei dettagli, piccole misure di sollievo (ad es: facilitare vedere il volto della persona amata persa). Importanza di ri calibrare l'umanesimo nella medicina (366) anche se solo un po' la loro paura e angoscia solo accompagnandoli, ascoltandoli e parlando con loro è già qualcosa, qualcosa di piccolo ma qualcosa (312)</i></p>
	Azioni di cura impreviste o supporto	<p><i>aiutare il personale infermieristico a nutrire gli utenti e ad aiutare in quello che potevamo perché il personale non era in grado di farlo (413)</i></p> <p><i>La solitudine dei pazienti era qualcosa che al tempo stesso disarmava e donava all'infermiere nuove modalità di stare accanto al paziente (in forma temporalmente più limitata, ma forse umanamente più vera) (77)</i></p> <p><i>Dare loro sicurezza e sostegno con le mie parole e il mio atteggiamento, dare loro il mio telefono in modo che in qualsiasi momento mi chiedano i loro dubbi, farli sentire accompagnati e non soli di fronte all'ignoto. È stata una sfida personale che sono riuscito a superare (355)</i></p>
	Consapevolezza del valore degli atti di cura Che si riflette in molti aspetti diversi	<p><i>Rifletto sull'importanza dell'aiuto come forma di cura, l'importanza di un gesto, semplice che sia di aiuto come qualcosa che già di per sé ha un valore terapeutico, anche nella relazione paziente-fisioterapista (9)</i></p> <p><i>Ho appreso anche l'importanza della cura, dell'ascolto delle pazienti che non potevano avere la vicinanza dei parenti (28)</i></p> <p><i>Mi ha permesso di capire l'importanza della presenza dei famigliari nel percorso di accompagnamento alla morte e del ruolo fondamentale che hanno le persone amate nella vita, anche negli ultimi momenti (57)</i></p> <p><i>Ho imparato a dedicare ancora più tempo di quello che dedicavo prima all'ascolto dei pazienti. Ho imparato anche a rispettare i silenzi e a comunicare con il tocco e con lo sguardo, visto che le parole spesso erano incomprensibili visti tutti i dispositivi addosso (57)</i></p> <p><i>Questo periodo per me è stato un periodo di consapevolezza...consapevolezza di che ruolo svolgiamo noi infermieri anche solo dal punto di vista prettamente relazionale</i></p>

			<p><i>con i pazienti, spesso infatti è un tocco, una parola in più o solo il silenzio e l'ascolto che cambiano la giornata e il vissuto dei pazienti (57)</i></p> <p><i>Ho appreso che per me ma anche per i miei colleghi l'assistenza è essenziale, non mi accontento di fare quello che deve essere fatto ma l'assistenza deve essere personalizzata e completa. Sono cose che ti insegnano all'università ma solo in questa pandemia abbiamo compreso davvero cosa significa (73)</i></p> <p><i>Questo mi fa pensare all'importanza della personalizzazione delle cure e della presa in carico del paziente, a quanto per loro è importante relazionarsi con noi e al beneficio che solitamente ha nel rapporto di cura senza che ce ne accorgiamo (83)</i></p> <p><i>Ho appreso di quanto sia importante una carezza per chi sta dall'altra parte (171)</i></p> <p><i>l'importanza di far sentire la mia vicinanza ai malati, di non farli sentire soli (176)</i></p> <p><i>Ho appreso quanto la componente relazionale sia importante in un contesto assistenziale/sanitario (189)</i></p> <p><i>Mi sono ricordata di quanto sia parte integrante della professione infermieristica la parte umana e relazionale. Il non poter stare accanto alla persona ricoverata durante il COVID ha snaturato ciò che invece è proprio della professione infermieristica, anzi è il suo punto di forza (132)</i></p> <p><i>Ancora una volta dobbiamo essere empatici con i pazienti, ascoltare le loro richieste e bisogni per banali che sembrino (158)</i></p>
		<p>Praticare empatia e umanità</p>	<p><i>L'importanza della dignità della persona nelle sue forme più semplici come primo passo necessario per la partecipazione attiva e collaborativa del paziente.</i></p> <p><i>Ma anche come gesto di empatia e di approccio "umano". (9)</i></p> <p><i>Mai come in questi momenti sento vera la frase "si muore da soli". (35)</i></p> <p><i>Posso essere l'infermiere più professionale e più preciso del mondo anche cercando di strappare sorrisi ai miei pazienti e sdrammatizzando (45)</i></p> <p><i>Il paziente può avere fiducia in te anche solo sentendo una voce amica serena e tranquilla. E noi colleghi che abbiamo pochissimi momenti di pausa per staccare dalla routine lavorativa, dobbiamo cercare di sfruttare al meglio questi brevi momenti per ritrovare un po' di normalità (149)</i></p> <p><i>Ancora una volta dobbiamo essere empatici con i paz, ascoltare le loro richieste e bisogni x banali che sembrino. (158)</i></p> <p><i>Che è importante sapere che a volte i pazienti hanno bisogno di sentirsi ascoltati e che dobbiamo essere più umani (270)</i></p> <p><i>Molte volte solo sentire una risposta su come stava la persona amata era sufficiente a calmare l'angoscia presentavano (291)</i></p>

			<p><i>ho dovuto applicare l'essenziale di questa carriera e chiunque abbia a che fare con la cura dei pazienti, l'empatia e l'umanità (312)</i></p> <p><i>Dare loro sicurezza e sostegno con le mie parole e il mio atteggiamento, dare loro il mio telefono in modo che in qualsiasi momento mi chiedano i loro dubbi, farli sentire accompagnati e non soli di fronte all'ignoto. È stata una sfida personale che sono riuscito a superare (355)</i></p>
Trovare il modo per garantire presenza	<p>La necessità di accompagnare</p> <p>L'essere disponibili</p> <p>Facilitare il contatto con il familiare</p>	<p><i>La portata dell'isolamento sociale forzato (lavoro in un csm), come aspetto disgregante e potenziale slatentizzante fragilità anche in soggetti 'non malati'; la fragilità come nucleo comune (128)</i></p> <p><i>Certamente tutte queste distanze fisiche hanno dato modo a noi operatori di comprendere quanto invece dovremmo essere vicini al pz come fosse un nostro familiare (163)</i></p> <p><i>Il contatto interumano è la cosa più importante del mondo (168)</i></p> <p><i>Ho appreso quanto la componente relazionale sia importante in un contesto assistenziale/sanitario (189)</i></p> <p><i>L'importanza della vicinanza alle persone, la condivisione delle paure e delle angosce. (204)</i></p> <p><i>la disponibilità, anche per dire non posso fare nulla ma sono qui per ascoltarla, spiegare semplicemente quello che sta succedendo è importante (207)</i></p> <p><i>Quanto sia importante il contatto umano, darsi il tempo di cercare di essere vicini a chi assistiamo perché possiamo essere l'ultima persona che vedono (301)</i></p> <p><i>Il sostegno familiare è indispensabile. A volte basta una chiamata di 5 minuti per dare la forza di combattere al paziente o la possibilità di salutarsi per l'ultima volta (161)</i></p> <p><i>Cercare sempre di informare bene i familiari (293)</i></p> <p><i>Dare la possibilità al familiare di assistere durante il ricovero il proprio caro tramite utilizzo dpi e vaccino (196)</i></p> <p><i>Ho compreso, che molte volte un abbraccio, una stretta di mano è migliore di molte terapie e che molte volte ti senti impotente davanti a delle persone che ci stanno lasciando, lasciandoci molte volte spiazzati, ma mi sento di dire di fare delle vetrare dove poter vedere i propri cari, forse sentendosi meno soli (139)</i></p> <p><i>L'isolamento anticipato credo non serva. Perché ti colpisce psicologicamente. Non siamo preparati per questa situazione che abbiamo vissuto (322)</i></p> <p><i>ma il guardarci negli occhi, con questa grande emozione fu come abbracciarci di cuore (400)</i></p>	

Macrocategoria o categoria di secondo livello	Categoria di primo livello	Etichette	Unità significative (le più frequenti)
<b>La relazione che cura</b>	1. Il valore del gruppo di lavoro	<p>Il poter condividere il difficile</p> <p>La collaborazione</p>	<p><i>Esperienza della morte dei pazienti vissuta tante volte e l'aiuto dei colleghi per superare momenti critici. (36)</i></p> <p><i>è stato il supporto del gruppo anche se insieme spesso ci siamo sentiti soli ad affrontare tutto. (44)</i></p> <p><i>Un elemento distintivo della reazione alla malattia è stata la condivisione di gruppo delle difficoltà. (62)</i></p> <p><i>La necessità, per i professionisti sanitari coinvolti, di creare una rete di aiuto reciproco per affrontare una situazione che le istituzioni ospedaliere non hanno saputo in nessun modo né prevenire né gestire, a scapito di pazienti e professionisti. (79)</i></p> <p><i>La cosa buona è che i nostri colleghi della rianimazione ci hanno sostenuto, insegnato e abbiamo fatto gruppo e aiutati fra di noi. (97)</i></p> <p><i>La collaborazione tra colleghi (mi riferisco al mio gruppo di lavoro) è la certezza assoluta di poter contare l'uno sull'altro. (124)</i></p> <p><i>La solidarietà tra operatori sanitari, nel vivere la grande solitudine dei pazienti. (142)</i></p> <p><i>Molto importante è stato il confronto con i miei colleghi nei momenti di sconforto quando le cose non erano positive e c'era molto lavoro visto l'alto afflusso di pazienti. (234)</i></p> <p><i>la cosa più notevole è l'integrità di tutto il personale che sostiene i servizi sanitari. Tutti sicuri, sempre accompagnando. (464)</i></p> <p><i>modello comunicativo messo in atto con colleghi, pazienti e famigliari, l'intesa attraverso gesti e sguardi, rapide prese di decisioni, ed una squadra compatta. (23)</i></p> <p><i>Certamente il rapporto umano con i pazienti si è decisamente dilatato, si è intensificato. Il paziente capisce gli sforzi che si sono fatti, si mostra quasi riconoscente. (91)</i></p>
	2. Saper lavorare in equipe	<p>Il saper fare squadra</p> <p>Il gruppo di lavoro come sostegno</p>	<p><i>Ho compreso quanto sia importante il lavoro di squadra nella mia professione. (176)</i></p> <p><i>Forse sarebbe meglio essere sempre una squadra non solo in emergenza Covid, ma anche nei reparti, nella vita di tutti i giorni, in famiglia, ... più unione e comunicazione, scarseggia molto, e c'è sempre la scala gerarchica trasparente ... Bisogna lavorare nella stessa squadra tutti i giorni, che sia a lavoro o in famiglia... Spalleggiarsi, supportarsi a vicenda... Magari si affrontano anche di più i problemi. (145)</i></p>

		<p><i>Che è molto importante fare squadra confrontarsi e darsi coraggio. (186)</i></p> <p><i>L'importanza del lavoro di squadra e del sostegno fra colleghi, della condivisione di stati emotivi talvolta simili. (221)</i></p> <p><i>Questa esperienza ha rafforzato la solidarietà, il senso di appartenenza ad un gruppo (di lavoro, in questo caso). (224)</i></p> <p><i>Un pensiero particolare alla scoperta dell'energia, disponibilità, generosità di tante persone, mai notata in precedenza. (1)</i></p> <p><i>Ho appreso la capacità inaspettata di alcune persone di attivarsi nel momento del fare. (155)</i></p> <p><i>Ho capito che se si lavora in un gruppo in cui ci si aiuta e sostiene a vicenda si riescono a gestire situazioni impensabili, da solo non avrei mai voluto mettere a rischio la mia salute o gestire situazioni di rischio. In gruppo è stato molto più semplice; il sostegno reciproco, la condivisione dei momenti difficili, la possibilità di sdrammatizzare hanno dato la forza per affrontare le varie situazioni.</i></p> <p><i>Credo che le dinamiche interne di gruppo giochino un ruolo determinante per affrontare con successo sfide come la pandemia attuale. (22)</i></p> <p><i>Ho capito quanto sia importante il lavoro di gruppo e il supporto reciproco per raggiungere un obiettivo prefissato. (44)</i></p> <p><i>Ho capito l'importanza di un team unito sia come infermieri ma anche con le altre figure professionali nel prendere decisioni e nel sostenersi a vicenda. Non bisogna sottovalutare nulla di tutto questo, essere pronti ed elastici, modificare radicalmente l'organizzazione se necessario. (72)</i></p>
		<p><i>Esperienza della morte dei pazienti vissuta tante volte e l'aiuto dei colleghi per superare momenti critici. (36)</i></p> <p><i>è stato il supporto del gruppo anche se insieme spesso ci siamo sentiti soli ad affrontare tutto. (44)</i></p> <p><i>Un elemento distintivo della reazione alla malattia è stata la condivisione di gruppo delle difficoltà. (62)</i></p> <p><i>La necessità, per i professionisti sanitari coinvolti, di creare una rete di aiuto reciproco per affrontare una situazione che le istituzioni ospedaliere non hanno saputo in nessun modo né prevenire né gestire, a scapito di pazienti e professionisti. (79)</i></p> <p><i>l'aiuto dei colleghi per superare momenti critici (89)</i></p> <p><i>La cosa buona è che i nostri colleghi della rianimazione ci hanno sostenuto insegnato e abbiamo fatto gruppo e aiutati fra di noi. (97)</i></p>

			<p><i>La collaborazione tra colleghi (mi riferisco al mio gruppo di lavoro) la certezza assoluta di poter contare l'uno sull'altro. (124)</i></p> <p><i>La solidarietà tra operatori sanitari, nel vivere la grande solitudine dei pazienti. (142)</i></p> <p><i>manca delle relazioni socioaffettive e dalla sospensione dei contatti umani. (188)</i></p> <p><i>Molto evidente è stato il momento di supporto telefonico alle persone infettate che sentendosi di molto appoggiate hanno avuto più forza nell'affrontare una cosa nuova. (208)</i></p> <p><i>Molto importante è stato il confronto con i miei colleghi nei momenti di sconforto quando le cose non erano positive e c'era molto lavoro visto l'alto afflusso di pazienti. (234)</i></p> <p><i>Parlare con colleghi con molta pena. (294)</i></p> <p><i>per fortuna ho lavorato con un grande team medico con il quale ho potuto imparare e sviluppare nuove competenze. (295)</i></p> <p><i>Devo ammettere che il supporto del capo del dipartimento di radiologia e dei miei specializzandi hanno giocato un ruolo determinante nella loro continuità (396)</i></p> <p><i>Ricordo i pazienti UCI prendendoti la mano o facendo l'occholino in segno di ringraziamento. (401)</i></p> <p><i>L'importanza del lavoro di squadra e della collaborazione con i colleghi. (406)</i></p> <p><i>È stata una bella esperienza interdisciplinare, che la paziente ha apprezzato molto. (409)</i></p>
	3.L'aver cura del gruppo di lavoro	<p>Il narrarsi come cura</p> <p>Il supporto psicologico</p> <p>La formazione come supporto</p>	<p><i>Sicuramente quello che è mancato è stato il supporto psicologico non solo ai pazienti ma anche agli operatori. (94)</i></p> <p><i>Poca attenzione al benessere psicologico e soprattutto EMOTIVO degli operatori. (231)</i></p> <p><i>Non sono stata in grado di dare a tutti il supporto che avrebbero meritato perché in alcuni momenti avrei avuto bisogno di aiuto anche io. Se avessi avuto più strumenti (gestione dell'ansia, sistemi di videochiamata, incontri di debriefing) forse avrei potuto dare maggior sostegno. (236)</i></p> <p><i>Credo che il confronto e il racconto dei nostri vissuti, il riparlare insieme delle situazioni più impegnative avrebbe fatto bene a tutti noi, come persone e come professionista della salute. (236)</i></p> <p><i>come sono cambiate le relazioni con gli altri, alcune in meglio, altre in peggio. Questa epidemia ha fatto uscire il meglio ed il peggio di ognuno di noi e le persone si sono finalmente rivelate per quello che sono. (75)</i></p> <p><i>La tensione ha fatto emergere tanti piccoli conflitti prima sommersi dalla buona volontà di fare team work, l'incertezza e le difficoltà della pandemia han tolto questo strato di</i></p>

			<p><i>buon "formalismo" :) si era molto più irruenti durante il lavoro, ciò si notava sia tra gli infermieri che tra i medici e nel rapporto tra le diverse figure professionali. (77)</i></p> <p><i>Curare i rapporti tra professionisti, il benessere del personale e la leadership giocano un ruolo fondamentale. (22)</i></p> <p><i>Ci siamo presi cura tra colleghi l'uno dell'altro, ci siamo supportati da subito e questo sicuramente ha aiutato a sopportare in modo più positivo l'esperienza del primo periodo, che è stata molto dura. (32)</i></p> <p><i>Ho capito che nonostante tutto mi piace il mio lavoro e che le relazioni tra colleghi sono importanti per aiutarsi tra di noi. (36)</i></p> <p><i>Dovremmo essere più formati nella gestione psicologica di questi eventi. Come affrontare l'ansia e il di-stress causato dagli eventi sconosciuti. (37)</i></p> <p><i>Nello specifico di quanto raccontato, l'esperienza mi ha insegnato la preziosità della relazione con i miei colleghi e ha condizionato pesantemente la mia percezione del clima lavorativo. Mi ha insegnato l'importanza della fiducia, della comprensione, delle scuse. Lavorare in equipe è stato importante e forse una delle dimensioni da curare e sviluppare per riuscire a prendersi cura degli altri. (200)</i></p> <p><i>Suggerirei dei momenti strutturati di condivisione del proprio vissuto e del proprio operato, sono mancati in questa situazione. (231)</i></p> <p><i>aiutare il personale infermieristico ad alimentare gli utenti e ad aiutare in quello che potevamo perché il personale non era sufficiente. (413)</i></p>
--	--	--	--

<b>Macrocategoria o categoria di secondo livello</b>	<b>Categoria di primo livello</b>	<b>Etichette</b>	<b>Unità significative (le più frequenti)</b>
<b>Conoscenza di sé (personale)</b> <i>Cosa succede a me, come persona di fronte a tutti questi eventi? Come reagisco?</i>	1. Riflessioni sulla vita e orientamento esistenziale	<p>Consapevolezza della fragilità</p> <p>Vivere il presente</p>	<p><i>Il primo pensiero è stato rivolto alla nostra esistenza sulla terra, alla brusca consapevolezza della fragilità dell'essere umano</i></p> <p><i>Ho capito che l'uomo a volte è impotente di fronte alla natura (17)</i></p> <p><i>Che ci sono cose che non stanno nelle nostre mani. (249)</i></p> <p><i>Ho imparato che siamo vulnerabili, ma resilienti. (253)</i></p> <p><i>Oggi ci siamo. Domani non lo sappiamo. La vita è un istante ... (277)</i></p> <p><i>L'incertezza come costante nella vita. (279)</i></p> <p><i>La vita è breve, fragile, non si deve dar nulla per scontato. (283)</i></p> <p><i>Quanto siamo fragili come società. (337)</i></p>

			<p><i>Il primo pensiero è stato rivolto alla nostra esistenza sulla terra, alla brusca consapevolezza della fragilità dell'essere umano. (1)</i></p> <p><i>Ricordare a tutti che ogni volta potrebbe essere l'ultima quindi non dare nulla per scontato tenendo presente che non potrebbe esserci una ulteriore possibilità. (34)</i></p> <p><i>Ascoltare i vissuti delle persone mi ha aiutato nel mio lavoro, dove spesso capita di de personificare i pazienti per affrontare meglio il proprio lavoro tenendo lontano emozioni e sentimenti. Invece, ascoltarli mi ha dato forza e tanta gratificazione in ciò che faccio a lavoro, nonostante la situazione critica della pandemia. (59)</i></p> <p><i>Condividere i vissuti e le esperienze di pazienti ma anche di operatori rappresentano pagine di un libro che offre soluzioni, supporto e speranza derivanti dalle realtà vissute dalle persone. (59)</i></p> <p><i>Serve una grande capacità di adattarsi alle nuove circostanze, condividendole con i propri colleghi e pazienti. La parola "resilienza" ha acquistato un significato tangibile. (67)</i></p> <p><i>Attraverso la resilienza dei miei pazienti ho compreso che uno stato di forte stress può insegnare, se elaborato ed accolto, a sviluppare la pazienza necessaria a superarlo. (215)</i></p> <p><i>Devo essere più compassionevole, accogliente, vicino. (241)</i></p> <p><i>Fermarsi ed empatizzare con l'altro. Non basta dire "io sono empatico. (246)</i></p> <p><i>La parte psicologica spesso viene sottovalutata anche nel campo della formazione. Così il corso di laurea ha deciso, a seguito della complessa esperienza degli studenti del 1° anno, in collaborazione con il docente di psicologia clinica di organizzare uno specifico progetto di sostegno psicologico, preceduto dalla elaborazione scritta da parte degli studenti della loro esperienza durante la pandemia. (94)</i></p> <p><i>Ho compreso l'importanza di affrontare un problema per volta, sul lavoro come nella vita privata, e di trovare spazi/strategie per ridurre l'ansia e lo stress e affrontare meglio la realtà difficile. (237)</i></p> <p><i>Ho imparato a valorizzare la semplicità delle relazioni umane. La vicinanza possibile nonostante la distanza fisica. (243)</i></p>
	2.Imparare dalla propria fragilità	La scoperta della forza interiore	<p><i>Di essere più forte di quanto mai avrei pensato. Di aver vissuto momenti di grande sconforto ma di aver di nuovo trovato il sorriso e aver imparato a gioire di piccole cose. (26)</i></p> <p><i>Ho compreso che sono più resiliente di quanto pensassi, uscire fuori dalla propria routine, dal proprio controllo, adattarsi ad una situazione nuova. (20)</i></p>



		<p>La scoperta dei limiti</p> <p>Apprendimenti del modo di essere</p>	<p><i>Sicuramente questo vissuto mi ha fatto capire fin dove posso spingermi e quali sono i miei limiti sia personali che professionali (44)</i></p> <p><i>Ho imparato a conoscere i miei punti deboli, a rendermi conto di non poter avere la pretesa che ciò che vivo al lavoro rimanga al lavoro e non diventi parte di me. (57)</i></p> <p><i>Ascoltare i vissuti delle persone mi ha aiutato nel mio lavoro, dove spesso capita di de-personificare i pazienti per affrontare meglio il proprio lavoro tenendo lontano emozioni e sentimenti. Invece, ascoltarli mi ha dato forza e tanta gratificazione in ciò che faccio a lavoro, nonostante la situazione critica della pandemia (59)</i></p> <p><i>Condividere i vissuti e le esperienze di pazienti ma anche di operatori rappresentano pagine di un libro che offre soluzioni, supporto e speranza derivanti dalle realtà vissute dalle persone (59)</i></p> <p><i>Serve una grande capacità di adattarsi alle nuove circostanze, condividendole con i propri colleghi e pazienti. La parola "resilienza" ha acquistato un significato tangibile. (67)</i></p> <p><i>Attraverso la resilienza dei miei pazienti ho compreso che uno stato di forte stress può insegnare, se elaborato ed accolto, a sviluppare la pazienza necessaria a superarlo (215)</i></p> <p><i>Ho compreso l'importanza di affrontare un problema per volta, sul lavoro come nella vita privata, e di trovare spazi/strategie per ridurre l'ansia e lo stress e affrontare meglio la realtà difficile (237)</i></p> <p><i>Ho imparato ad essere meno individualista, ad ascoltare quei bisogni dei pazienti che sembravano meno importanti a me, ma che in realtà per loro lo erano. (19)</i></p> <p><i>Ho imparato riguardo l'umanità, la gentilezza e che il desiderio di tutti è solo stare con un amico o un membro della famiglia. (487)</i></p> <p><i>Personalmente questa esperienza mi ha fatto scoprire delle risorse personali che non pensavo di avere e riscoprire la bellezza della professione infermieristica declinata nelle diverse sfaccettature dell'assistenza. (100)</i></p> <p><i>Ho imparato che prima di tutto sono un medico, e non ho esitato quando mi è stato chiesto di assistere pazienti che non sono della mia specialità, anche se farlo mi richiedeva di uscire dalla mia "zona di comfort". Credo che sia un privilegio essere un medico e poter contribuire in qualche modo in una situazione come questa, così inaspettata e senza precedenti. (260)</i></p>
		<p>Prendere decisioni sul futuro</p>	<p><i>Ricordare a tutti che ogni volta potrebbe essere l'ultima quindi non dare nulla per scontato tenendo presente che non potrebbe esserci una ulteriore possibilità (34)</i></p>

			<p><i>Mi ha fatto riflettere rispetto al non dar per scontato gli eventi che quotidianamente accadono (99)</i></p> <p><i>Ho imparato a valutare la semplicità delle relazioni umane. La vicinanza possibile nonostante la distanza fisica (243)</i></p> <p><i>Per essere più presente nella vita quotidiana.... tante cose che diamo per scontate. (246)</i></p> <p><i>La paura è universale, ci sono modi per prevenirla, e sono stati incorporati nella vita quotidiana (253)</i></p> <p><i>Penso a quanto siamo vulnerabili e che lavoreremo felici e contenti ogni giorno pensando che non ci toccherà (257)</i></p> <p><i>Ci mostra quanto possiamo essere felici con il minimo, il bello di vedere qualcuno riprendersi (276)</i></p> <p><i>A godere delle cose semplici (292)</i></p> <p><i>Gli amici sono la cosa più importante per me (293)</i></p> <p><i>Adattarmi e cercare di non cercare sicurezza nei piani futuri, ma vivere di più nel presente. (294)</i></p> <p><i>Valorizzare sempre la famiglia e la salute (298)</i></p> <p><i>Approfittare della vita di tutti i giorni (302)</i></p> <p><i>Credo che la resilienza sia la virtù da tenere presente in casi come questi. È quella che permette di superare adeguatamente e superare le avversità (318)</i></p> <p><i>A sopravvivere con l'essenziale (324)</i></p> <p><i>Valorizzare i nostri cari e godersi ogni giorno (335)</i></p> <p><i>Vivere intensamente ogni giorno (366)</i></p>
		Scoperta di sé	<p><i>Aver compreso quanto io sia forte mentalmente e (4)</i></p> <p><i>Di essere più forte di quanto mai avrei pensato. Di aver vissuto momenti di grande sconforto ma di aver di nuovo trovato il sorriso e aver imparato a gioire di piccole cose (26)</i></p> <p><i>Ho compreso che sono più resiliente di quanto pensassi, uscire fuori dalla propria routine, dal proprio controllo, adattarsi ad una situazione nuova (20)</i></p> <p><i>Avendo dovuto lavorare in turno da sola, ho capito di essere più forte di quanto pensassi nel sostenere e sostenermi nella difficoltà. (55)</i></p> <p><i>Penso di aver appreso i miei limiti (27)</i></p> <p><i>Sicuramente questo vissuto mi ha fatto capire fin dove posso spingermi e quali sono i miei limiti sia personali che professionali (44)</i></p>

			<p><i>Ho compreso che bisogna costantemente lavorare per affermarsi e per fare del bene perché solo così posso sentirmi viva (52)</i></p> <p><i>Questo cambiamento mi ha fatto bene. Nonostante i sacrifici iniziali, mi sono resa conto delle mie potenzialità di adattamento in ambienti nuovi. (121)</i></p> <p><i>Ho capito di essere più forte, di riuscire ad affrontare la morte, anche se poi arrivata a casa la corazza cade... E nella notte sono stata sommersa da incubi... (145)</i></p> <p><i>Ho acquisito più sicurezza in me stessa. Sono cresciuta tanto (179)</i></p> <p><i>ho imparato che anche se all'inizio è difficile adattarsi ai cambiamenti, alla fine ci sono riuscito. (309)</i></p> <p><i>Personalmente questa esperienza mi ha fatto scoprire delle risorse personali che non pensavo di avere e riscoprire la bellezza della professione infermieristica declinata nelle diverse sfaccettature dell'assistenza. (100)</i></p> <p><i>è stata di gran lunga l'esperienza più forte, triste, dolorosa in momenti, ma senza dubbio la più arricchente della mia vita (463)</i></p> <p><i>Ho imparato che prima di tutto sono un medico, e non ho esitato quando mi è stato chiesto di assistere pazienti che non sono della mia specialità, anche se farlo mi richiedeva di uscire dalla mia "zona di comfort". Credo che sia un privilegio essere un medico e poter contribuire in qualche modo in una situazione come questa, così inaspettata e senza precedenti (260)</i></p> <p><i>Ho imparato a lavorare ancora di più in gruppo, a delegare compiti (295)</i></p> <p><i>Ho imparato nuove conoscenze da autodidatta (295)</i></p> <p><i>Ho imparato che bisogna amare davvero quello che si fa se si vuole fare bene (297)</i></p> <p><i>Non mi sono sbagliato nella mia professione, la mia vocazione è molto forte e vera (463)</i></p> <p><i>Che non devo essere insensibile (308)</i></p>
	3.Riscoprire l'importanza del self-care	<p>Conoscersi</p> <p>Chiedere aiuto/supporto</p>	<p><i>Ho imparato a conoscere i miei punti deboli, a rendermi conto di non poter avere la pretesa che ciò che vivo al lavoro rimanga al lavoro e non diventi parte di me (57)</i></p> <p><i>Ho imparato a staccare la mente dal lavoro una volta tornata a casa (se non ci fossi riuscita probabilmente ne avrei risentito molto psicologicamente). (55)</i></p> <p><i>La parte psicologica spesso viene sottovalutata anche nel campo della formazione. Così il corso di laurea ha deciso, a seguito della complessa esperienza degli studenti del 1° anno, in collaborazione con il docente di psicologia clinica di organizzare uno specifico progetto di sostegno psicologico, preceduto dalla elaborazione scritta da parte degli studenti della loro esperienza durante la pandemia (94)</i></p>

		Promuovere buone pratiche	<p><i>Ho compreso l'importanza di affrontare un problema per volta, sul lavoro come nella vita privata, e di trovare spazi/strategie per ridurre l'ansia e lo stress e affrontare meglio la realtà difficile (237)</i></p> <p><i>Canalizzare le emozioni e dare importanza alla cura personale per essere in grado di fornire supporto e cura al resto. (360)</i></p> <p><i>Che si dovrebbe dormire e consultare in tempo un professionista della salute mentale. (290)</i></p> <p><i>La difficoltà di assumere l'auto-cura come parte necessaria per evitare il contagio. (351)</i></p> <p><i>Che la salute mentale è la chiave per il corretto sviluppo della professione medica. (363)</i></p> <p><i>Ho finito di capire che l'operatore sanitario si espone nonostante i rischi perché il suo lavoro è quello di prendersi cura o aiutare il paziente. Anche che stando attenti si può evitare il contagio. (338)</i></p> <p><i>Promuovere idee che mirino a motivare stili di vita, in cui l'osservanza delle buone pratiche sia considerata parte del lavoro professionale. (351)</i></p>
--	--	---------------------------	---

<b>Macrocategoria o categoria secondo livello</b>	<b>Categoria di primo livello</b>	<b>Etichette</b>	<b>Unità significative (le più frequenti)</b>
<b>Conoscenza di sé (professionale)</b>	1.Consapevolezza dell'importanza della pratica riflessiva	<p>Il fermarsi a riflettere</p> <p>Il sapersi adattare</p>	<p><i>In quella situazione iniziale ho appreso quanto sia importante fermarsi e riflettere a fronte di linee guida da seguire (3)</i></p> <p><i>gestione dei DPI che non c'erano è stato fondamentale fermarsi e dirsi ma in questa situazione cosa è meglio fare? (3)</i></p> <p><i>mi chiedo se questo isolamento obbligato dei pazienti, soprattutto in pazienti terminali, abbia senso (7)</i></p> <p><i>Rifletto sui confini del mio ruolo in quanto fisioterapista ma solo a posteriori, mai mi sono interrogata di ciò mentre erogavo quel gesto, quel tempo, spontaneamente... (9)</i></p> <p><i>fare poco con il poco che c'è, questa è l'altra riflessione importante che porto a casa. (9)</i></p> <p><i>Tutti lavoriamo con l'idea di portare la propria competenza a servizio del malato e dell'organizzazione senza la minima preoccupazione o timore reverenziale. Serviva questo virus per far sparire magicamente l'attività di segretariato infermieristico? (16)</i></p>

		<p><i>Ho riconsiderato alcuni aspetti del mio agire professionale partendo dalla fragilità delle condizioni di salute&amp;lavoro alla quale sono/siamo stati esposti come professionisti durante la pandemia. (18)</i></p> <p><i>bisogna imparare a pensare a conoscere tutto ciò che ci circonda, ragionando con la propria testa...sugli eventi...senza farsi trascinare dai tuttologi e dagli eventi (93)</i></p>
	2.Consapevolezza degli apprendimenti personali/sui limiti	<p><i>Ho imparato ad essere meno individualista, ad ascoltare quei bisogni dei pazienti che sembravano meno importanti a me, ma che in realtà per loro lo erano. (19)</i></p> <p><i>Devo essere più compassionevole, accogliente, vicino. (241)</i></p> <p><i>Mi sono meravigliato di come il team che coordino si sia dimostrato sempre all'altezza senza mollare mai nonostante le difficoltà. Questo mi ha portato ad acquisire più rispetto e fiducia e a valorizzare maggiormente i collaboratori. (19)</i></p> <p><i>ho imparato tanto da questa esperienza: il lavorare in un gruppo più ampio ed eterogeneo, con persone che non si conoscono. Il sapersi adattare continuamente a nuove modalità lavorative, il trovare compromessi nel team, il trovare strategie per rendere il lavoro più snello e facile (23)</i></p> <p><i>Ho imparato l'importanza del lavoro in team, del confronto, della collaborazione (28)</i></p> <p><i>del mettersi in gioco anche in ambienti differenti dal nostro usuale (28)</i></p> <p><i>Ho appreso anche competenze tecniche nella gestione di drenaggi, terapie e gestione post-chirurgica della paziente (28)</i></p> <p><i>Ho appreso anche l'importanza della cura, dell'ascolto delle pazienti che non potevano avere la vicinanza dei parenti (28)</i></p> <p><i>Penso che il mio gruppo di lavoro mi abbia dato la forza di reagire (29)</i></p> <p><i>Ho capito che se si lavora in un gruppo in cui ci si aiuta e sostiene a vicenda si riescono a gestire situazioni impensabili (30)</i></p> <p><i>Ho imparato che noi infermieri siamo il filo conduttore tra paziente e famiglia e che noi possiamo rendere un po' meno difficili questi momenti con interventi mirati (43)</i></p> <p><i>Ho imparato ad essere empatica e a dare informazioni attraverso il telefono (50)</i></p> <p><i>Mi sono sentita una presenza fortemente necessaria e d'aiuto per la donna (51)</i></p> <p><i>Invece, ascoltarli mi ha dato forza e tanta gratificazione in ciò che faccio a lavoro, nonostante la situazione critica della pandemia (59)</i></p> <p><i>Serve una grande capacità di adattarsi alle nuove circostanze, condividendole con i propri colleghi e pazienti. La parola "resilienza" ha acquistato un significato tangibile (67)</i></p> <p><i>Attraverso la resilienza dei miei pazienti ho compreso che uno stato di forte stress può</i></p>



Macrocategoria o categoria di secondo livello	Categoria di primo livello	Etichette	Unità significative (le più frequenti)
Sviluppo del ruolo professionale	1.Confermare il valore del lavoro sanitario per sè e gli altri	<p>Vedere con occhi nuovi la propria professione</p> <p>Il valorizzare la propria professione</p>	<p><i>Penso di avere avuto l'ennesima conferma dell'amore che provo per il mio lavoro. È stata una delle esperienze più provanti e difficili fisicamente della mia vita grazie alla quale, ho maledetto e benedetto ciò che faccio tutti i giorni. Ma non cambierei niente, mai (14)</i></p> <p><i>Ho capito che nonostante tutto mi piace il mio lavoro e che le relazioni tra colleghi sono importanti per aiutarsi tra di noi (36)</i></p> <p><i>Sicuramente il ruolo del medico è anche quello di saper gestire le ansie del paziente e della sua famiglia, aiutandolo a capire come stanno davvero le cose senza gli allarmismi da titoli sui giornali. Per i bambini il covid non è un virus molto pericoloso in sé, ma da quello che ho visto hanno subito anche loro molti "effetti collaterali" (68)</i></p> <p><i>L'umanità delle persone va sempre messa al primo posto! Anche in una situazione emergenziale non dobbiamo dimenticarci che davanti a noi abbiamo persone spaventate che cercano di essere accolte da noi professionisti, prima come persone e poi come pazienti bisognosi di cura. Mai sottovalutare l'importanza di una telefonata a casa, di prendersi pochi minuti per ascoltarli, per aggiornare chi sta a casa ad aspettare e sperare (74)</i></p> <p><i>Ci si rende conto di avere letteralmente in mano la vita di queste persone e la scelta di dover decidere a chi dare l'ultima possibilità, ovvero l'intubazione e a CHI non darla. Tutto ciò crea un forte sovraccarico emotivo all'equipe, complicato ulteriormente dalla necessità di comunicare la decisione ai parenti increduli (78)</i></p> <p><i>Da queste esperienze mi restano riflessioni sull'importanza di preservare e custodire una buona nascita in qualsiasi situazione. Talvolta non è possibile, per protocolli ospedalieri o stati di emergenza, assicurare un'assistenza "completa", ma la nostra priorità dovrebbe essere quella di garantire a ogni donna maggior spazio possibile di autodeterminazione, assicurandole di realizzare insieme i suoi desideri per un evento così trasformativo come quello della nascita, evento che ha un impatto sul benessere dell'intera società (80)</i></p> <p><i>Per la mia professione...che per l'ennesima volta siamo ancora troppo deboli, legati al passato e ai passati modi di fare...e alla classe medica. Però nonostante tutto...la nostra</i></p>





		<p><i>mi sono ritrovata a gestire due minori con entrambi i genitori ricoverati (193)</i></p> <p><i>a noi operatori sembrava di fare "poco" ma i pazienti ci aspettavano e le nostre chiamate erano per loro un appuntamento fisso ed importante, li tranquillizzava (198)</i></p> <p><i>Sensazioni di impotenza e di non riuscire ad assistere i miei pazienti nel modo più adeguato (211)</i></p> <p><i>Entro con DPI, la moglie piange perché isolata in una parte dell'appartamento, preoccupata, spaventata, impotente (212)</i></p> <p><i>Penso alla capacità che hanno avuto tutti i sanitari di mettersi in gioco in un campo sconosciuto. Di quanto lavoro ci sobbarchiamo per coprire colleghi ammalati o per portare avanti</i></p> <p><i>un lavoro malgrado ci abbiano sequestrato parte del personale (213)</i></p> <p><i>il sapere che tu professionista eri fondamentale e importante nella presa in carico al telefono, nel dispensare informazioni consigli e suggerimenti (231)</i></p> <p><i>La gratitudine della gente a casa quando li serviamo con cure domiciliari (265)</i></p> <p><i>L'esperienza dell'angoscia e dell'ansia nelle famiglie che hanno sintomi della malattia e la sensazione di chiusura che determinano, mi ha generato un ripensamento della relazione</i></p> <p><i>paziente medico (373)</i></p> <p><i>Che la mia professionalità è stata fondamentale per il benessere delle persone che seguivo e nel mantenimento di un buon clima di lavoro (118)</i></p> <p><i>Ho rafforzato la mia capacità di leadership. Penso che guarderò con molta più attenzione nel futuro ad aspetti riguardanti la salute pubblica (155)</i></p> <p><i>Nella mia professione cerco di portare la mia esperienza nel cercare di fare educazione sanitaria e nel far capire alle persone la gravità del momento e di quanto sia importante proteggerci per proteggere noi stessi e le persone che amiamo e tutti coloro che ci girano intorno. (159)</i></p> <p><i>Di quanto importante sia il nostro lavoro soprattutto sotto l'aspetto emotivo (162)</i></p> <p><i>Be che siamo una forza lavoro e tanti numeri, ci vuole umiltà rispetto accoglienza e anche sorrisi con un pizzico di umorismo che non guasta per distogliere alla sofferenza (172)</i></p> <p><i>Nei mesi seguenti credo che quasi tutti gli operatori sanitari abbiano imparato a rimboccarsi le maniche e dare il meglio (177)</i></p> <p><i>Nulla di nuovo dal punto di vista relazionale ma un rinforzo positivo per quanto concerne la fiducia posta in noi sanitari dai pazienti. A dimostrazione di quanto sia importante mantenere attiva la persona assistita. (208)</i></p>
--	--	--

		<p><i>Il non conoscere, non essere preparati crea molta incertezza e questo soprattutto nella nostra professione è, a mio parere, molto negativo. Noi dobbiamo sentirci sicuri x trasmettere al paziente fiducia e permettergli di affidarsi a noi ed essere più sereno nell'affrontare la malattia (217)</i></p> <p><i>Covid-19 ha messo in risalto quanto accade nelle nostre RSA, la necessità di riorganizzarle ed il contributo che possono offrire gli operatori che vi lavorano. Stesso discorso per i servizi territoriali.</i></p> <p><i>Dal punto di vista più specifico degli infermieri, l'anno 2020 che era stato formalmente dedicato a loro dall'OMS, ha messo in risalto più di qualsiasi celebrazione il contributo che questa professione offre ai servizi sanitari ed alla società in generale. E quanto può offrire ancora. Dovremmo ricordarlo sempre (222)</i></p>
	Necessità di valorizzare le professioni di cura nella società e politiche	<p><i>Credo che questa emergenza abbia mostrato con chiarezza l'importanza delle professioni di cura. (...) Purtroppo, le professioni di cura non hanno una sufficiente considerazione per poter esprimere al massimo le proprie potenzialità nella gestione del quotidiano e delle emergenze. Abbiamo una responsabilità che va oltre il nostro agire quotidiano con professionalità. Dobbiamo guadagnare autorevolezza nella società, nei confronti della politica e delle scelte sociali ed economiche (62)</i></p> <p><i>Mi sono reso conto che siamo un punto molto importante per l'umanità, svolgiamo un ruolo molto importante quando dobbiamo aiutare a salvare la vita degli altri senza trascurare la nostra, perché qualsiasi rottura in qualche punto della cura che dobbiamo avere può mettere in scacco la cura dei pazienti (319)</i></p>
3.Desiderio di un'intensificazione del processo formativo per i sanitari	Formazione come cura del professionista	<p><i>Credo che i professionisti abbiano bisogno di supporto nel cambiamento, perché non sempre le decisioni che sono chiamati a prendere dipendono direttamente da loro (21)</i></p> <p><i>Dovremmo essere più formati nella gestione psicologico di questi eventi. Come affrontare l'ansia e il distress causato dagli eventi sconosciuti (37)</i></p> <p><i>Cercare informazioni da fonti sicure e aumentare le proprie conoscenze nel campo scientifico e biologico (48)</i></p> <p><i>Ho imparato che il lavoro di squadra porta a molti risultati, che nonostante il periodo di incertezza bisogna cercare le migliori evidenze e mantenersi aggiornati per poter affrontare ciò che ci si presenta, le novità e che la nostra professione ha bisogno di mantenersi aggiornata alle ultime evidenze, a saperle leggere e interpretare. Il nostro ruolo anche in questo momento è fondamentale in merito alla formazione di nuove generazioni di professionisti (63)</i></p> <p><i>Il mio suggerimento è di investire sul capitale umano, incrementare la formazione non</i></p>

			<p>solo sulle nozioni medico scientifiche ma anche sulle skills trasversali che spesso sono fondamentali nella società d'oggi. (73)</p> <p>È necessario convogliare le forze per gli inserimenti dei neoassunti, essere lungimiranti, programmare a lungo termine. Coinvolgere gli infermieri anche in una progettazione (96)</p> <p>La risposta sui DPI è stata sicuramente forte mentre sugli altri argomenti mi sento ancora in balia di autogestione da parte di ognuno di noi senza sapere se è corretto o no. il vissuto è quasi di rassegnazione alla situazione. (205)</p> <p>Credo o piuttosto spero che questa pandemia ci abbia insegnato qualcosa rispetto alla necessità di pianificare meglio le attività di risposta alle emergenze, dalla formazione al reclutamento del personale alle scorte di materiali. Andare in guerra impreparati o peggio, senza armi, è un massacro per tutti. (222)</p>
--	--	--	--

Macrocategoria o categoria di secondo livello	Categoria di primo livello	Etichette	Unità significative (le più frequenti)
<b>La necessaria trasformazione del Servizio Sanitario</b>	1.Desiderio di una nuova classe dirigente/ di una leadership riconosciuta e partecipativa	<p>Necessità di una dirigenza qualificata</p> <p>Necessità di una dirigenza sensibile</p>	<p>Spero che questa esperienza possa dare vita ad una classe dirigente rinnovata, che tra le altre cose possa dare il giusto peso all'incertezza. Che possa fare dell'ascolto sincero lo strumento principale per governarla. Che possa accogliere e valorizzare gli apprendimenti di tutti i ruoli professionali a tutti i livelli. (16)</p> <p>Curare i rapporti tra professionisti, il benessere del personale e la leadership giochino un ruolo fondamentale. (22)</p> <p>La cosa che forse avrebbe cambiato il nostro modo di affrontare le cose sarebbe stato vedere chi stava sopra di noi un po' più orientato nelle scelte da prendere, mettendoci di fronte alla situazione in modo chiaro con dei briefing mirati a dare istruzioni chiare di cosa avremmo dovuto affrontare! Questo non è avvenuto né alla prima ondata né prima della seconda, dando sconforto e impreparazione. Questo è quello che avrei voluto io, e spero possa migliorare il modo di affrontare le difficoltà che ci aspettano nel futuro. (29)</p> <p>Quanto una comunicazione continua, chiara e precisa, da parte di persone designate alla leadership, sia determinante ai fini del buon raggiungimento dello stesso con soddisfazione da parte del gruppo anche in caso di risposte negative e asperità. (44)</p> <p>Che la disorganizzazione manda in crisi tutti, essere organizzati sarebbe meglio soprattutto dopo mesi e mesi di pandemia, la paura non aiuterà mai nessuno. (39)</p>

			<p><i>La parte più complessa è stata l'incertezza che è prevalsa in tutta questa emergenza, in modo particolare dalle poche informazioni forniteci dai nostri superiori. (63)</i></p> <p><i>Noi lasciati soli a noi stessi a gestire aspetti che prima ci passavano accanto e che ora ci attraversano in pieno, senza supporti da parte dell'azienda. (95)</i></p> <p><i>Troppi morti e nessuno (delle aree gestionali) chiede mai come stiamo ma chiedono competenza ed energia per noi e per chi arriva nuovo. (95)</i></p> <p><i>La nostra professione è fondamentale e non è abbastanza valorizzata ...né remunerata nei giusti modi ...si dovrebbe puntare più nei propri professionisti e valorizzare la figura che ricopre nei giusti modi. (124)</i></p>
Indicazioni per una trasformazione del Servizio Sanitario	<p>Nuove strategie</p> <p>Il potenziare l'assistenza domiciliare (uso tecnologia, facilitare le informazioni e comunicazione)</p> <p>potenziare la comunicazione con la tecnologia</p> <p>trovare strategie nuove per evitare isolamento</p>		<p><i>Penso che sia importante trovare delle strategie per sopperire alle mancanze, all'isolamento, al distanziamento dai pazienti. (21)</i></p> <p><i>le informazioni sullo stato di salute di un degente devono essere più semplici da reperire per gli operatori, per far in modo di intervenire precocemente ed efficacemente. (24)</i></p> <p><i>credo che nei lunghi mesi successivi e soprattutto in vista della "seconda ondata", che è iniziata e che sembra non finire mai, avremmo dovuto fare di più e meglio per garantire il contatto dei pazienti con i propri cari. (222)</i></p> <p><i>L'informazione è cruciale per evitare più decessi (248)</i></p> <p><i>Vedere che non eravamo preparati per una situazione del genere, che le persone si contagiavano e l'isolamento dei loro cari (245)</i></p> <p><i>Offrire più assistenza domiciliare, soprattutto agli anziani, che continuano a recarsi in ospedale anche per prestazioni non necessarie e/o urgenti (24)</i></p> <p><i>Organizzare meglio il trattamento dei pazienti a domicilio, aumentare il lavoro dei medici di famiglia perché si sono rifiutati di vedere i pazienti (39)</i></p> <p><i>E quante cure si possono garantire a domicilio rispetto a quanto si è fatto sino ad ora (222)</i></p> <p><i>Il beneficio per il paziente che può essere curato a casa accanto alla famiglia. Non sentono segregazione (266)</i></p>
Quello che è mancato	risorse, il sostegno dei familiari, spazio, formazione, informazioni		<p><i>Non sono stata in grado di dare a tutti il supporto che avrebbero meritato perché in alcuni momenti avrei avuto bisogno di aiuto anche io. Se avessi avuto più strumenti (gestione dell'ansia, sistemi di videochiamata, incontri di debriefing) forse avrei potuto dare maggior sostegno. (236)</i></p>

		<p>ascolto e valorizzazione sentire abbandono</p>	<p><i>Credo che il confronto e il racconto dei nostri vissuti, il riparlare insieme delle situazioni più impegnative avrebbe fatto bene a tutti noi, come persone e come professionista della salute (236)</i></p> <p><i>Mi sarei aspettata ma non solo io che dai vertici ci fosse stata un po' di più di riconoscenza, a volte basta anche solo una parola. Una collega con 35 di lavoro non si è sentita di affrontare la seconda ondata. Ed aveva chiesto di essere spostata: risposta no. Si è licenziata, parliamo di una persona che non ha mai dato problemi, una professionista. Questo è deludente. (98)</i></p> <p><i>Spero nella comprensione /empatia dei nostri dirigenti al fine di ascoltare le richieste di mobilità di infermieri con anzianità di servizio superiore ai 30 anni che richiedendo trasferimenti in altri servizi vengano soddisfatti al fine di incentivarne la professionalità. Vederli come professionisti e non taciti esecutori (173)</i></p> <p><i>La mancanza di un leader e di un coach nel gruppo (4)</i></p> <p><i>ma a livello aziendale non c'erano sempre delle indicazioni aggiornate o chiare.</i></p> <p><i>Ci siamo dovuti arrangiare: il direttore e il coordinatore hanno coinvolto diversi infermieri esperti e assieme abbiamo</i></p> <p><i>organizzato i nuovi percorsi e suddiviso il nostro PS nelle due zone, sporca e pulita (46)</i></p> <p><i>Nel gruppo di infermieri, dove si è avvertita una grande assenza del supporto delle scelte politiche e del management sanitario, che sono apparsi fin da subito non preparati e deficitari, situazione che si è confermata anche nel lungo periodo (62)</i></p> <p><i>una grande confusione, messaggi discordanti, maleducazione, disorganizzazione. venivo contattata da postazioni diverse, che non sapevano del precedente contatto, ogni volta rispiegavo e le soluzioni erano diverse (207)</i></p> <p><i>e la sensazione di precarietà ed abbandono è stata grande (207)</i></p> <p><i>le informazioni del continuo modificarsi del lavoro sono state poco condivise, ci si adattava, seguendo onda, con perdita di efficacia e non ottimizzando tempi e risorse (207)</i></p>
--	--	---	---

## **Allegato F**

### **Articolo pubblicato**

#### ***Professionalism and self-care in residents, how should we confront their training?***

Autore: C. Benaglio et al.

Andes Pediatr, 2020 Aug;92(4):503510.doi:10.32641/andespediatr.v92i4.3985

#### **¿Qué sabemos de PROFESIONALISMO?**

Cuando hablamos de profesionalismo en salud el foco está puesto en el contrato social y la relación con el paciente y en articular una lista de atributos deseables en el profesional de la salud. Sabemos que es una competencia que no se mantiene estable en el tiempo siendo muy sensible al bienestar del profesional.

#### **¿Qué aporta ESTE ARTICULO?**

Exploramos la relación que emerge entre el profesionalismo y el auto cuidado para residentes en formación y como influyen el cansancio y agotamiento. El profesionalismo impacta en todas las otras competencias y se nutre de la autorreflexión. Se proponen una serie de recomendaciones que las instituciones formativas y sanitarias pueden tomar para cuidar el profesionalismo.

#### **Resumen (Español)**

El profesionalismo es una competencia bien definida en la educación de los residentes, sin embargo, es un constructo complejo, sensible a variables sociales y culturales. Puede definirse como el nivel de destreza, buen juicio y comportamiento adecuado esperable de personas entrenadas para realizar bien su trabajo. Es una competencia que no se mantiene estable en el tiempo y decae cuando el profesional está sometido a altos niveles de estrés y se asocia a calidad de cuidado, educación, ética, moral, filosofía y humanismo. Es una competencia esencial en el profesional por lo cual debemos replantear los currículos para incluir formas de enseñar y evaluar el profesionalismo. Es fundamental pensar en programas que logren equilibrar la carga de trabajo con el bienestar de los futuros profesionales. Debemos generar un clima adecuado de aprendizaje donde el profesional en entrenamiento sea un protagonista activo, y el autocuidado sea visibilizado como una competencia esencial para mantener el equilibrio entre la vida personal y profesional. Este artículo plantea una revisión y reflexión de este tema que cobra cada vez más importancia en la formación de postgrado de futuros especialistas.

**Palabras clave:** profesionalismo, educación de residente, autocuidado, covid-19, educación médica

## **Title**

**Professionalism and self-care in residents, how should we confront their training?**

## **Abstract (English)**

Professionalism is a well-defined competence in the education of residents. However, it is a complex construct, sensitive to social and cultural variables. It can be defined as the necessary skill, good judgment and appropriate behavior expected of people trained to do their jobs well. It is a competence that does not remain stable over time and declines when the professional is subjected to high levels of stress, associated with quality of care, education, ethics, moral, philosophy and humanism. It is an essential competence for the professional and therefore we must rethink the curricula to include ways to teach and evaluate professionalism. It is essential to design programs that balance the workload with the well-being of future professionals. We must generate an adequate learning environment where the trainee is an active protagonist, and self-care is made visible as an essential competence to maintain the balance between personal and professional life. This article presents a review and reflects on this topic which is becoming increasingly important in the postgraduate training of future specialists.

**Key words:** professionalism, resident education, self-care, covid-19, medical education

## **Introducción**

El profesionalismo es una de las seis competencias principales en el profesional médico definidas por el *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*(1) para los estudiantes residentes y *fellows*, y por el *American Academy of Pediatrics (AAP)* y por *American Board of Pediatrics (ABP)*(2). Sin embargo, definirla no ha sido fácil, y sigue siendo una de las más complejas y controversiales, y frecuentemente la opinión pública denuncia comportamientos de profesionales de la salud que atentan contra esta competencia (3).

¿Por qué hablar de profesionalismo cuando existe una vasta literatura sobre el tema? Por qué el comportamiento profesional, o sea el mantener una conducta ética y excelente

sigue siendo la competencia que tiene más impacto en la calidad del cuidado clínico, en la educación e investigación. Un ambiente donde no haya respeto en las relaciones, buena comunicación, y actitud de auto crítica entre los integrantes del equipo no permite una buena práctica clínica (4).

La época que estamos viviendo de alto estrés determinado por la pandemia por covid-19 obliga a una reflexión sobre el tema.

*Un pediatra en urgencia después de 8 horas consecutivas de trabajo en urgencia calcula una dosis para una paciente de 6 años con una infección que a su parecer amerita tratamiento antibiótico. Por error calcula la dosis diaria total por kg de peso y la indica así para cada dosis olvidándola dividirla por el número de dosis al día. Le pasa la receta al residente en formación que está rotando por la urgencia y le solicita que se la entregue al paciente que acaban de examinar juntos. El residente ve la dosis y se da cuenta de que es el doble de lo que corresponde. Por temor a la reacción del médico decide conseguirse otra receta con otro médico de turno con la dosis correcta y no enfren-  
tar la situación. Al finalizar el turno se cuestiona si hizo lo correcto.*

En 1979 aparece en PubMed el termino MeSH *Professional Competence* (competencia profesional) definido como la capacidad de realizar las labores de la propia profesión en forma general o realizar una tarea profesional particular con una destreza aceptable. Solo recientemente (2016) aparece el termino profesionalismo definido como el nivel de destreza, buen juicio y comportamiento adecuado esperable de personas entrenadas para realizar bien su trabajo. Este se asocia a calidad de cuidado, educación, ética, moral, filosofía y humanismo, entre otros, y está fuertemente asociado a calidad y altos estándares del cuidado.



En 1999 la ACGME define las competencias principales (*core competences*) apareciendo por primera vez el concepto de profesionalismo en forma más explícita, centrado en la relación con el paciente (5) La AAP y ABP hacen referencia a la definición de Stern del 2006 “Professionalism is demonstrated through a foundation of clinical competence, communication skills, and ethical understanding, upon which is built the aspiration to, and wise application of the principles of professionalism: excellence, humanism, accountability, and altruism”. Lo anterior lleva las instituciones a focalizar la atención prioritariamente en la componente relacional, en la excelencia y en el rol social del médico (6).

Posteriormente, las publicaciones en relación con el profesionalismo se han focalizado en medir empatía y en evidenciar las dificultades en la relación con el paciente por parte de médicos formados y en formación (7). Si bien el profesionalismo es un constructo muy amplio, el foco ha sido sobre todo la relación médico paciente. Desde los orígenes de la profesión médica se ha centrado en el otro, en particular en la comunicación, empatía, y cuidado centrado en el paciente (8), el conocimiento científico y en valores que deberían guiar la acción del médico como altruismo, humanismo, vocación de servicio, compasión (3).

La literatura revela claramente una erosión de este humanísimo inicial y un fuerte énfasis en la competencia técnica, que se refleja en los currículos concentrados en formar profesionales muy competentes desde el punto de vista técnico, pero dedicando menos espacio a enseñar y evaluar el comportamiento (9).

Existen otros aspectos que influyen en este proceso. El modelaje, como proceso informal y tradicional de socialización del rol profesional, se hace hoy insuficiente para garantizar la transmisión de los valores profesionales (10) por una parte por lo complejo de la práctica médica y por otra por la heterogeneidad en los estudiantes de medicina (11). En los últimos quince años se evidencia un progresivo aumento de problemas de salud mental en profesionales de la salud (12);(13);(14), en particular entre los médicos y los residentes hay un elevado nivel de burnout, estrés y enfermedades mentales (15). Se describen casos de suicidio en médicos formados y residentes en número mayor respecto a la población general (16). La literatura reporta una prevalencia de burnout entre los estudiantes residentes de pediatría entre 55-76%(17).

Durante la pandemia por covid-19 esto ha aumentado notablemente en los profesionales de la salud por alta exposición a elevados niveles de estrés (18).

En el área de formación y docencia se evidencia un malestar general derivado de un ambiente altamente complejo con currículos muy exigentes que no siempre se han adaptado a esta nueva realidad y vinculados a un paradigma científico que ofrece pocos espacios a una formación humanista centrada en la persona. La organización de los procesos hace que los residentes vivencien su experiencia de aprendizaje con mucha ansiedad y preocupación. Se suma a esto un ambiente muy competitivo, sobre todo en etapas de transición (por ejemplo, de médico a especialista), y en particular en los programas de formación de especialidades de cirugía (19);(20); (21). En este escenario hay experiencias reportadas como la inserción de cursos de atención plena y bienestar para reducir la ansiedad y mejorar la salud del residente (22);(23). Aun el impacto de estas intervenciones no ha sido adecuadamente evaluado sobre todo a largo plazo.

En época de pandemia por covid-19, las publicaciones sobre el malestar de los equipos de salud y de los residentes han aumentado exponencialmente, caracterizándose como un periodo traumático (24);(18).

El objetivo de este manuscrito es proponer un marco referencial para reflexionar en la importancia del auto cuidado y bienestar mostrando su vinculación con el profesionalismo de los futuros especialistas.

### **El Profesionalismo: un constructo social**

Hablar de profesionalismo implica abrir un gran debate determinado por la ambigüedad y los distintos significados que se atribuyen a la palabra profesión y profesional para un constructo que tiene un gran impacto en la sociedad por las expectativas relativas a los comportamientos y actitudes de los profesionales. Representa una de las competencias más difíciles de definir, enseñar y evaluar por la complejidad de su naturaleza y su especificidad relativa al contexto (25). En los últimos treinta años, ha tenido tantas variaciones e influencias que se ha convertido en un nuevo y muy complejo sistema social (25). Si se considera un concepto dinámico que se sitúa en un contexto específico, se puede comprender mejor su complejidad interna.

Es interesante destacar la publicación de Hafferty & Castellani, donde se propone un análisis de la evolución histórica del concepto identificando distintos constructos. En particular el profesionalismo puede quedar en un ideal nostálgico hacia los valores y la relación médico-paciente, mientras hoy hay la necesidad de un nuevo equilibrio, en particular las nuevas generaciones reclaman la importancia de su bienestar y del tiempo libre, sobre todo con el ingreso cada día mayor de mujeres en las escuelas de especialidad. En cualquier conversación o definición de profesionalismo se debería considerar

que el contexto, el lugar geográfico y la cultura local tienen un rol clave. No hay un único concepto de profesionalismo médico universalmente reconocido (26) (27). Las diversas propuestas responden a distintas culturas, la del *American Board of Internal Medicine* (ABIM) incluye seis dominios: altruismo, responsabilidad, la excelencia, el deber, honor, integridad, respeto hacia los otros. Sin embargo, la propuesta occidental no resuena con los valores de las culturas no occidentales, donde es importante armonizar la vida profesional con la vida personal (11).

Otra propuesta, presenta cuatro niveles de compromiso profesional. Los compromisos con uno mismo, con las tareas propias de la profesión u oficio, con los demás, y con los propios valores o creencias (11). Este modelo interpreta la responsabilidad y compromiso con uno mismo y la automotivación desde una perspectiva de la fidelidad, donde en el contexto árabe de donde nace, la fe representa la base de la comunicación y de los valores sociales.

La gran variabilidad cultural y la especificidad de cada contexto deberían estimular las escuelas y los equipos a desarrollar un modelo auténtico y con sentido para que pueda representar cada ambiente. Debería ser un modelo socializado y construido con los residentes para que tenga sentido y pueda ser enseñado y evaluado con una real integración de los valores y principios inspiradores. Además, considerando que el profesionalismo está relacionado con la cultura y el ambiente de trabajo, para que pueda accionar a nivel del currículo oculto, requiere definiciones y proyectos coherentes a nivel institucional (28). Adicionalmente, requiere que los profesionales de la salud como grupo definan estándares comunes para esta competencia que gobierna el trabajo médico (29).

### **Profesionalismo y autocuidado: un imperativo ético para el profesional y su paciente.**

El profesionalismo es una competencia multidimensional, sensible a características como autoconocimiento, presencia, hábitos, atención y curiosidad crítica. Es una competencia que se desarrolla en el tiempo, que no es permanente, se modifica a lo largo de la vida profesional y necesita de una constante preocupación y atención (9). La ausencia de autocuidado puede llevar al agotamiento o “*burn out*” que demostradamente erosiona el nivel y la estabilidad del profesionalismo (30); (31). El comportamiento profesional

es particularmente vulnerable durante los periodos de extremo estrés, ansiedad y “*burn out*” (17).

El bienestar del profesional médico tiene un impacto en el cuidado hacia el paciente. Está demostrado que un clínico con menor capacidad de autocuidado parece tener menor capacidad de cuidar a otra persona y comete más errores (30). Por otro lado, un residente en formación que incorpora actividades de auto cuidado en su rutina diaria es más resiliente y tendría un menor riesgo de colapsar durante su vida académica (32). El residente está más expuesto a situaciones de alto estrés que son el resultado de una combinación de factores que incluyen la falta de horas de descanso o insomnio, la presión del ambiente de trabajo, la vulnerabilidad (por su menor experiencia y conocimiento) relativos al proceso de formación, además de la complejidad de los pacientes (33). Cuando la capacidad de  *coping*  para enfrentar al estrés se reduce y se compromete el bienestar, las personas pueden manifestar comportamientos no profesionales que no aparecerían en circunstancias normales. El poder conversar de estos aspectos sobre como manejar el estrés es prioritario para profesionales en formación, en particular para el desarrollo de la identidad profesional y para adquirir estrategias que será útiles para toda su carrera profesional (17).

La construcción de la identidad profesional es un proceso complejo que se desarrolla en los hospitales durante el trabajo diario, sobre todo la interacción y trabajo en equipo, donde las exigencias que expresan los residentes en relación con el tiempo protegido para el aprendizaje se interpretan como debilidad y como una evasión de sus responsabilidades (34) (35). Además, los residentes perciben que solicitar respeto por sus horarios o por su tiempo libre no es interpretado por sus tutores como autocuidado (36). Los residentes manifiestan dificultad para pedir ayuda, en particular por problemas de salud mental que son fuertemente estigmatizados (37). El ambiente clínico es altamente complejo, y en algunos casos los residentes perciben discriminación, crítica constante o abuso de su tiempo (38). Lo que revela la disonancia en el marco de referencia que cada grupo tiene en relación con el profesionalismo: los conflictos que se producen son entre un modelo de profesionalismo que se centra en el deber ser y el contrato social, más propio en docentes y tutores, versus un modelo que integra el auto cuidado con un mayor equilibrio entre la vida profesional y la vida personal (39).

Durante el periodo de pandemia por covid-19, donde los equipos de salud se han visto expuestos a un significativo mayor agotamiento emocional, en el caso de los residentes, ha aumentado el riesgo de comprometer su salud física y mental (40).

*Si retornamos a la situación descrita en la viñeta: El temor impide al residente de conversar libremente sobre el tema con el médico que lo supervisa y eso lo lleva a encubrir el error. El crear un espacio seguro para conversar sobre los errores, protege a los pacientes y también al mismo profesional, siempre que exista una instancia de reflexión constructiva, y no castigadora.*

*¿Cuál es el aprendizaje del residente en esta situación sobre su identidad profesional?*

La falta de comunicación, un ambiente complejo, el “*burnout*” y el malestar disminuyen el profesionalismo, tienen un fuerte impacto en el *outcome* del paciente aumentando la posibilidad de mala praxis y de errores (41). Además, influyen en la satisfacción de los residentes en relación con su trabajo y especialidad futura (42) ;(20).

### **Estrategias para enseñar Profesionalismo y autocuidado durante la pandemia de covid-19**

Nadie sabía cómo enfrentar el estrés asociado a esta pandemia, pero en algunos casos algunas escuelas de postgrado han implementado rápidamente programas para mejorar el bienestar de sus estudiantes (43). En base a la retroalimentación de los residentes, se implementaron cambios en el currículo y en la metodología docente introduciendo programas de bienestar, como cursos de atención plena. La pandemia ha acelerado y en ocasiones forzado cambios en un contexto con altos niveles de estrés. Los mismos residentes, sobre todo de los programas con menos exigencias en la primera línea y por ende con “más tiempo”, han colaborado para introducir cambios importantes en la didáctica a distancia, y se ha tratado de ofrecer mayor supervisión y apoyo sobre todo a los residentes que atienden pacientes covid-19 (44);(45);(46).

Algunos centros han implementado cambios orientados a hacer mejor uso del tiempo (usando la tecnología), sustituyendo las clases con video conferencias, introduciendo reuniones semanales de mentoreo (40), y organizando más docencia asincrónica (47). Esto ha permitido reorganizar la didáctica dejando más espacio al trabajo clínico y al descanso, planificando cursos más coherentes con el tiempo disponible, optimizando recursos y espacios educativos.

En algunas especialidades la reducción drástica del trabajo clínico debido a la pandemia ha ofrecido mayores oportunidades para los residentes que han podido publicar trabajos científicos, escribir su tesis, cuando normalmente no disponen de tiempo dedicado/protegido para eso (48).

Durante la pandemia se ha verificado otro fenómeno importante para el profesionalismo y el auto cuidado: ha habido una explosión de narrativas, fotos, publicaciones de historias, experiencias de los profesionales de la salud en relación con la situación de fuerte estrés que estaban experimentando, en particular “*compasión fatigue*” por la alta cantidad de fallecidos. Los clínicos han encontrado en la narrativa un espacio para recuperar un poco de bienestar. En relación con la experiencia clínica con el covid-19 se habla de *shock* y de trauma (18), sin embargo, emerge también la fuerza de los equipos, el valor de la experiencia compartida y de la escritura (49). Por lo tanto, el enriquecer los programas de especialidad y subespecialidad con espacios de reflexión usando la literatura y la narrativa impacta positivamente sobre el bienestar y el auto cuidado (50) ;(51). La reflexión sobre las historias reales o ficticias, de enfermedad o de otros aspectos relacionados con la experiencia del ser humano, ofrece un antídoto a la insatisfacción y conecta al residente con su original motivación para cuidar a otro (52). La medicina narrativa, en particular el método implementado por la Dra. Rita Charon, la lectura atenta (*close reading*) y la escritura reflexiva (*reflective writing*) ofrecen un espacio para reflexionar sobre las experiencias más difíciles y traumáticas de la relación con el otro y fatiga que esto puede generar (53); (54). Introducir espacios de reflexión impacta sobre el bienestar del médico en formación y su relación con el paciente. (55); (56); (57).

### **Cómo replantear la formación de los médicos en relación con el profesionalismo y al auto cuidado: algunas recomendaciones.**

1. El profesionalismo es un constructo complejo, y debemos replantear la forma para enseñar y evaluar el profesionalismo (31).
2. Los estudiantes deberían ser protagonistas activos de su aprendizaje del profesionalismo incorporándose en la docencia y colaborando activamente (40).
3. Los docentes deberían generar instancias de conversación y discusión de temas como el bienestar y auto cuidado. Deberían ser activos en modelar conductas profesionales sanas (58).
4. El auto cuidado debería ser considerado una competencia explícita y bien definida da enseñar con cursos en los programas de postgrado (43).

5. Las instituciones deberían promover una cultura de confianza, respeto, trabajo en equipo, buena comunicación, y enfrentamiento de errores en una manera no amenazante. Deben promover el respeto mutuo y la confianza entre profesionales previniendo el agotamiento (39).
6. El profesionalismo es una competencia que impacta en todas las demás. Este decae en el tiempo y está relacionada con menor riesgo de cometer errores. Debemos garantizar la mantención de esta competencia con algunos indicadores mínimos que pueden retroalimentar al residente y al equipo de salud (31).
7. Una comunidad que se cuida no se etiqueta: hablar con los residentes y los equipos médicos de los problemas de salud mental; abrir las conversaciones sobre las temáticas más difíciles y crear programas de apoyo que mantengan la confidencialidad protege a los futuros especialistas (36).
8. Introducir las humanidades como espacio para enfrentar las situaciones profesionales más complejas y como método para el auto cuidado (51).
9. Es necesaria formación continua en relación con el profesionalismo, al cuidado de los equipos y al auto cuidado de cada integrante; la formación ofrece espacios de reflexión y discusión. Y eso transforma las experiencias en aprendizaje, y aumenta la competencia. Los Centros de Educación Médica deberían considerar el Profesionalismo y el Bienestar entre los cursos que ofrecen a sus académicos (55).
10. Repensar a los programas de postgrado, colaborar, flexibilizar, integrar los aprendizajes que derivan de la época de la pandemia. Innovar para proteger el tiempo del residente (46).

### **Conclusiones**

Para mantener el profesionalismo de los futuros especialistas es fundamental pensar en programas que logren equilibrar las exigencias con el bienestar. Fomentar una educación donde el residente sea el protagonista y sea acompañado de tutores formados y focalizados en su aprendizaje. Deben ser modelos para el residente en formación de como equilibrar la vida personal con la responsabilidad profesional sin perder de vista sus valores y principios inspiradores. Una educación que fomente la responsabilidad del futuro especialista en su auto aprendizaje, que lo considere un protagonista activo, donde el auto cuidado sea visibilizado como una competencia esencial para mantener el equilibrio entre la vida personal y profesional. El equipo donde está inserto el residente

tiene un rol clave para validar las emociones que derivan de cuidados que pueden ser muy complejos y que pueden generar agotamiento emocional. Es importante que el profesional en formación encuentre un real espacio de conversación y escucha donde exista tiempo protegido para discutir situaciones como la planteada en el caso relatado. Un clima inadecuado de aprendizaje que induzca a no enfrentar, o peor aún, ocultar situaciones relevantes como el error (como en la viñeta presentada), puede perjudicar tanto a los profesionales involucrados como a sus pacientes. Debemos proyectarnos hacia una fase post pandemia, con una comunidad profesional resiliente y empática con sus pares, atesorando los aprendizajes del covid-19 en educación.

### **Bibliografía**

1. Birden H, Nass D. Teaching Professionalism in medical education: A best evidence in Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 25. *Med Teach*. 2013;35(7):e1252-e1e66.
2. Kirk LM. Professionalism in Medicine: Definitions and Considerations for Teaching. *Bayl Univ Med Cent Proc*. 2007 Jan;20(1):13–6.
3. Blanco M, Maderer A, Price L, Epstein S, Summergrad P. Efficiency is not enough; you have to prove that you care: Role modelling of compassionate care in an innovative resident-as-teacher initiative. *Educ Health*. 2013;26(1):60.
4. Waddell JP, Warnock GL. Reflecting on principles of professionalism. *Can J Surg*. 2008 April;51(2): 84-85.
5. Frank JR, Snell L, Sherbino J, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *CanMEDS 2015: physician competency framework*. 2015.
6. Stern DT. The Developing Physician — Becoming a Professional. *N Engl J Med*. 2006;6.
7. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L, Rea M. The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of



- healthcare: a systematic literature review. *BMC Med Educ.* 2017 Dec;17(1):195.
8. Busireddy KR, Miller JA, Ellison K, Ren V, Qayyum R, Panda M. Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. *J Grad Med Educ.* 2017 Jun;9(3):294–301.
  9. Charon R. Commentary: Our Heads Touch. *Acad Med.* 2012 Sep;87(9):1154–6.
  10. Epstein RM. Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA.* 2002 Jan 9;287(2):226.
  11. Fernanda B, Cabrera D, Sadosty A, Hess E, Campbell R, Lohse C, et al. Compassion Fatigue is Similar in Emergency Medicine Residents Compared to other Medical and Surgical Specialties. *West J Emerg Med.* 2014 Sep 1;15(6):629–35.
  12. Al-Eraky MM. Twelve Tips for teaching medical professionalism at all levels of medical education. *Med Teach.* 2015 Nov 2;37(11):1018–25.
  13. Aherne D, Farrant K, Hickey L, Hickey E, McGrath L, McGrath D. Mindfulness based stress reduction for medical students: optimising student satisfaction and engagement. *BMC Med Educ.* 2016 Dec;16(1):209.
  14. Grendar J, Beran T, Oddone-Paolucci E. Experiences of pressure to conform in postgraduate medical education. *BMC Med Educ.* 2018 Dec;18(1):4.
  15. Beckman TJ, Reed DA, Shanafelt TD, West CP. Resident Physician Well-Being and Assessments of Their Knowledge and Clinical Performance. *J Gen Intern Med.* 2012 Mar;27(3):325–30.
  16. Minford EJ, Manning CL. Current status and attitudes to self-care training in UK medical schools. *J Compassionate Health Care.* 2017 Dec;4(1):3.

17. McLuckie A, Matheson KM, Landers AL, Landine J, Novick J, Barrett T, et al. The Relationship Between Psychological Distress and Perception of Emotional Support in Medical Students and Residents and Implications for Educational Institutions. *Acad Psychiatry*. 2018 Feb;42(1):41–7.
18. Livingston EH, Ginsburg S, Levinson W. Introducing JAMA Professionalism. *JAMA*. 2016 Aug 16;316(7):720.
19. Bennett P, Noble S, Johnston S, Jones D, Hunter R. COVID-19 confessions: a qualitative exploration of healthcare workers experiences of working with COVID-19. *BMJ Open*. 2020 Dec;10(12):e043949.
20. Blackmore C, Austin J, Lopushinsky SR, Donnon T. Effects of Postgraduate Medical Education “Boot Camps” on Clinical Skills, Knowledge, and Confidence: A Meta-Analysis. *J Grad Med Educ*. 2014 Dec;6(4):643–52.
21. Feddock CA, Hoellein AR, Wilson JF, Caudill TS, Griffith CH. Do pressure and fatigue influence resident job performance? *Med Teach*. 2007 Jan;29(5):495–7.
22. Pulcrano M, Evans SRT, Sosin M. Quality of Life and Burnout Rates Across Surgical Specialties: A Systematic Review. *JAMA Surg*. 2016 Oct 1;151(10):970.
23. Daya Z, Hearn JH. Mindfulness interventions in medical education: A systematic review of their impact on medical student stress, depression, fatigue and burnout. *Med Teach*. 2018 Feb 1;40(2):146–53.
24. Scheepers RA, Emke H, Epstein RM, Lombarts KMJM. The impact of mindfulness-based interventions on doctors’ well-being and performance: A systematic review. *Med Educ*. 2020 Feb;54(2):138–49.
25. Treluyer L, Tourneux P. Burnout among paediatric residents during the COVID-19 outbreak in France. *Eur J Pediatr*. 2021 Feb;180(2):627–33.

26. Castellani B, Hafferty FW. The Complexities of Medical Professionalism. In: Wear D, Aultman JM, editors. Professionalism in Medicine [Internet]. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2006.
27. Arnold L, Stern DT. What Is Medical Professionalism?: p. 24. In: Stern DT editor. Measuring Medical Professionalism. New York: Oxford University Press; 2005.
28. Hilton SR, Slotnick HB. Proto-professionalism: how professionalisation occurs across the continuum of medical education. *Med Educ*. 2005 Jan;39(1):58–65.
29. Berger AS, Niedra E, Brooks SG, Ahmed WS, Ginsburg S. Teaching Professionalism in Postgraduate Medical Education: A Systematic Review. *Acad Med*. 2020 Jun;95(6):938–46.
30. Wynia MK, Papadakis MA, Sullivan WM, Hafferty FW. More Than a List of Values and Desired Behaviors: A Foundational Understanding of Medical Professionalism. *Acad Med*. 2014 May;89(5):712–4.
31. Conran RM, Powell SZ-E, Domen RE, McCloskey CB, Brissette MD, Cohen DA, et al. Development of Professionalism in Graduate Medical Education: A Case-Based Educational Approach From the College of American Pathologists' Graduate Medical Education Committee. *Acad Pathol*. 2018 Jan;5:237428951877349.
32. Ludwig S. Domain of Competence: Professionalism. *Acad Pediatr*. 2014 Mar;14(2):S66–9.
33. Ayala EE, Winseman JS, Johnsen RD, Mason HRC. U.S. medical students who engage in self-care report less stress and higher quality of life. *BMC Med Educ*. 2018 Dec;18(1):189.
34. Wei JM, Fernandez-Salvador C, Camacho M. Health in Residency: The Dilemma of Caring for Yourself. *J Grad Med Educ*. 2017 Oct;9(5):670–670.

35. Phillips SP, Dalgarno N. Professionalism, professionalization, expertise and compassion: a qualitative study of medical residents. *BMC Med Educ.* 2017 Dec;17(1):21.
36. Jarvis-Selinger S, Pratt DD, Regehr G. Competency Is Not Enough: Integrating Identity Formation Into the Medical Education Discourse. *Acad Med.* 2012 Sep;87(9):1185–90.
37. Bitran M, Zúñiga D, Pedrals N, Echeverría G, Vergara C, Rigotti A, et al. Burnout en la formación de profesionales de la salud en Chile: Factores de protección y riesgo, y propuestas de abordaje desde la perspectiva de los educadores. *Rev Médica Chile.* 2019 Apr;147(4):510–7.
38. Kassam A, Cowan M, Topps M. Lessons Learned to Aid in Developing Fatigue Risk Management Plans for Resident Physicians. *Teach Learn Med.* 2019 Mar 15;31(2):136–45.
39. Bitran M, González M, Nitsche P, Zúñiga D, Riquelme A. Preocupación por el bienestar de residentes, un tema presente en la Conferencia Latinoamericana en Educación de Residentes (LACRE) 2017. *Rev Médica Chile.* 2017 Oct;145(10):1330–5.
40. Ripp JA, Privitera MR, West CP, Leiter R, Logio L, Shapiro J, et al. Well-Being in Graduate Medical Education: A Call for Action. *Acad Med.* 2017 Jul;92(7):914–7.
41. Lie JJ, Huynh C, Scott TM, Karimuddin AA. Optimizing Resident Wellness During a Pandemic: University of British Columbia’s General Surgery Program’s COVID-19 Experience. *J Surg Educ.* 2021 Mar;78(2):366–9.
42. Brennan MD, Monson V. Professionalism: Good for Patients and Health Care Organizations. *Mayo Clin Proc.* 2014 May;89(5):644-652.

43. Davenport DL, Henderson WG, Hogan S, Mentzer RM, Zwischenberger JB. Surgery resident working conditions and job satisfaction. *Surgery*. 2008 Aug;144(2):332-338.e5.
44. Roytman M, Shah S. Lessons learned during the COVID-19 pandemic: a single institution radiology chief resident experience. *Clin Imaging*. 2020 Dec;68:90–3.
45. Hau H-M, Weitz J, Bork U. Impact of the COVID-19 Pandemic on Student and Resident Teaching and Training in Surgical Oncology. *J Clin Med*. 2020 Oct 26;9(11):3431.
46. Rabinowitz DG, Sundheim KM. Trainee-Directed Educational Pursuits and Advocacy During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*. 2020 Sep;146(3):e20201564.
47. Ricciardi G, Biondi R, Tamagnini G. Go back to the basics: Cardiac surgery residents at the time of COVID-19. *J Card Surg*. 2020 Jul;35(7):1400–2.
48. Chertoff JD, Zarzour JG, Morgan DE, Lewis PJ, Canon CL, Harvey JA. The Early Influence and Effects of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic on Resident Education and Adaptations. *J Am Coll Radiol*. 2020 Oct;17(10):1322–8.
49. Degraeve A, Lejeune S, Muilwijk T, Poelaert F, Piraprez M, Svistakov I, et al. When residents work less, they feel better: Lessons learned from an unprecedented context of lockdown. *Prog En Urol*. 2020 Dec;30(16):1060–6.
50. Mayo AT. Teamwork in a pandemic: insights from management research. *BMJ Lead*. 2020 Jun;4(2):53–6.
51. Dotters-Katz S, Chuang A, Weil A, Howell J. Developing a pilot curriculum to foster humanism among graduate medical trainees. *J Educ Health Promot*. 2018;7(1):2.

52. Arntfield SL, Slesar K, Dickson J, Charon R. Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. *Patient Educ Couns*. 2013 Jun;91(3):280–6.
53. Lijoi AF, Tovar AD. Narrative medicine: Re-engaging and re-energizing ourselves through story. *Int J Psychiatry Med*. 2020 Sep;55(5):321–30.
54. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*. 2001 Oct 17;286(15):1897.
55. Charon R, Hermann N, Devlin MJ. Close Reading and Creative Writing in Clinical Education: Teaching Attention, Representation, and Affiliation. *Acad Med*. 2016 Mar;91(3):345–50.
56. Montgomery L, Loue S, Stange KC. Linking the Heart and the Head: *Fam Med*. 2017;6.
57. Winkel AF, Hermann N, Graham MJ, Ratan RB. No Time to Think: Making Room for Reflection in Obstetrics and Gynecology Residency. *J Grad Med Educ*. 2010 Dec;2(4):610–5.
58. Winkel AF, Honart AW, Robinson A, Jones A-A, Squires A. Thriving in scrubs: a qualitative study of resident resilience. *Reprod Health*. 2018 Dec;15(1):53.
59. Branch WT, Frankel R, Gracey CF, Haidet PM, Weissmann PF, Cantey P, et al. A Good Clinician and a Caring Person: Longitudinal Faculty Development and the Enhancement of the Human Dimensions of Care: *Acad Med*. 2009 Jan;84(1):117–25.

