

ANALISI IN UN CONTESTO CHIAVE DELLA COMUNITÀ: IL *SETTING* SANITARIO

Cristina Aguzzoli

Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, Udine

Cosa si intende con *setting* sanitario?

Il concetto di *setting*/contesto è essenziale per la comprensione del sistema di relazioni e ricadute che si instaurano in base alla visione biopsicosociale della salute e del benessere nel sistema dell'assistenza sanitaria. Un tema molto noto nell'ambito della promozione della salute riguarda il fatto che tale promozione agisce in un contesto specifico oltre che nei confronti dell'individuo. L'enfasi sul contesto si riconosce nella proliferazione di termini correlati dopo la Carta di Ottawa (WHO, 1986): per esempio, *setting* per la salute (Baric, 1991), sviluppo organizzativo per la salute (Grossman, 1993; Simnett, 1996), gestione della salute pubblica (Hunter, 1998), *policy* per la salute pubblica (Ziglio, 2000), sviluppo di comunità per la salute (Laverack, 2000). Una delle espressioni meglio sviluppate e più popolari riguarda il concetto delle attività basate sul *setting* di Leo Baric (Baric, 1991; Baric, 1993). A sostegno di questa definizione sono emersi dalle fonti internazionali (WHO, 1986; WHO, 1991; WHO, 1997; WHO, 1998) i movimenti basati sui *setting* (es. città, ospedali, scuole, luoghi di lavoro) e molta letteratura in merito (Chu, 1997).

Il Glossario per la promozione della salute definisce così il *setting for health*: il *setting* per la salute è il luogo in cui le persone si impegnano in attività quotidiane in cui i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono tra loro per influenzare la salute e il benessere. Un *setting* è anche il luogo in cui le persone utilizzano attivamente e influenzano l'ambiente e, pertanto, creano o risolvono i problemi relativi alla salute. I *setting* normalmente si identificano in quanto presentano delimitazioni fisiche, una struttura organizzativa e una gamma di persone con ruoli ben definiti. Esempi di *setting* sono le scuole, i luoghi di lavoro, gli ospedali, i comuni e le città. (WHO, 1985).

Importanza della promozione della salute nel *setting* sanitario

Il *setting* sanitario, non va considerato come un posto di lavoro qualsiasi poiché, a differenza di qualsiasi altro contesto, ha a che fare quotidianamente con la vita e la morte delle persone. È un contesto in cui l'empatia è un ingrediente essenziale nella relazione di cura. Ecco perché per promuovere la sua salute non può delegare e attendere di applicare, al pari di un contesto produttivo, criteri e norme di sicurezza e basta. È l'attore protagonista che deve rendere la promozione della salute scientifica e misurabile per rendere conto alla comunità e chiedere assunzione di responsabilità ai cittadini. La questione è stata recentemente enfatizzata durante l'emergenza pandemica collegata alla pandemia COVID-19, ma è un dato di fatto che vale anche fuori dalle emergenze. Durante la prima fase dell'emergenza il mondo si è fermato, mentre la sanità ha dovuto accelerare per far fronte al "carico di malattia" (*burden of disease*).

La definizione che la *World Health Organization* (WHO) dà del “carico di malattia” fa riferimento alla misura dello scarto tra lo stato di salute osservato di una popolazione e lo stato di salute atteso, corrispondente a quello in cui tutta la popolazione raggiunge l’aspettativa di vita prevista per la stessa popolazione senza i più importanti problemi di salute. Il carico di malattia è quindi un parametro che permette ai decisori di identificare i problemi di salute più gravi ai quali è esposta una popolazione, stimare il contributo relativo dei fattori di rischio che aumentano le probabilità di patologia, investire sulla promozione della salute per creare le condizioni favorevoli alla salute ed evitare il più possibile che il carico aumenti.

Nonostante il carico di malattia fosse già molto alto a causa dell’aumentare delle malattie croniche non trasmissibili, il sistema sanitario è stato sottoposto a un’ulteriore pressione di grandi dimensioni rappresentata questa volta da una malattia trasmissibile. La questione drammatica è che il virus SARS-CoV-2 che genera la patologia COVID-19 trova nella cronicità un substrato che accelera la sua pericolosità e quindi i due agenti stressanti fanno un lavoro sinergico ai danni dell’organismo. Quindi se è sempre fondamentale monitorare il carico di malattia prima di allocare le risorse per far fronte ai bisogni di una comunità, in questi casi è urgente anticipare le ricadute di tale carico in prospettiva, pensando allo stato psicofisico di salute del personale sanitario attuale e futuro, all’impatto che la pandemia e il *lockdown* hanno avuto sui pazienti e sulla cittadinanza in generale. Per fare questo è necessario collegare le concause di tale carico, cercare e correggere i fattori di rischio presenti a livello individuale, individuare e promuovere i fattori di protezione. Il *setting* sanitario ha il compito di dare sicurezza, disegnare i percorsi multilivello più adatti alle varie fasi di salute e malattia di una popolazione, evitando il “fai da te” e al tempo stesso risvegliando la consapevolezza delle persone sul proprio ruolo attivo nei confronti del *lifestyle*.

Emerge che il contesto sanitario è un sistema complesso, entro un sistema di relazioni bidirezionali, intrecciate fra loro, con il sistema sociale, la natura esterna, la natura interna (patrimonio genetico) e i soggetti attivi e/o pazienti con i loro stili di vita e le loro aspettative. Esso deve differenziarsi dagli altri contesti di una comunità quando si parla di “Posto di lavoro sano”, ponendosi come Cabina di Regia in tema di salute. A oggi ci sono ancora troppe generalizzazioni e attori esterni che vedono nel sistema sanitario un gigante attraente e malato, in cui inserire iniziative più o meno tampone, secondo la logica dei progetti che nascono, muoiono e si ripropongono con lievi modifiche, senza tener conto dell’autovalutazione che il sistema stesso è chiamato a fare dal suo interno. E allora si ripetono le indagini di clima organizzativo, le *check list*, i questionari, tutto senza dare seguito a piani di miglioramento tangibili, rivolgendosi a un personale già soffocato all’inverosimile dalla burocrazia. L’appello è quindi di non considerare gli spazi dove si curano le persone (ospedali, ambulatori, servizi sul territorio e domiciliari) alla stregua di una qualsiasi catena di produzione. Va superata la frammentazione con cui le dimensioni del benessere e della salute del contesto sanitario vengono considerate in modo separato fra loro, per l’abitudine a modelli obsoleti di progettazione a compartimenti stagni, per consolidare la visione biopsicosociale del sistema nel suo complesso.

Valore del benessere del personale sanitario per la salute del contesto

Per fare il bene è necessario stare bene. Da anni si parla di *burnout* del personale sanitario, tant’è che dal 2008 il tema dello stress lavoro correlato è diventato legge e oggetto di valutazione del rischio. Purtroppo il limite è che si parla ancora solo di prevenzione specifica del danno da parte dell’azienda nei confronti dell’operatore, senza tener conto che il personale può essere

deteriorato da fattori stressogeni provenienti da altre innumerevoli fonti, con ricadute complessive che coinvolgono la sua forza terapeutica fino a trasformarlo in un malato esso stesso. Se l'obiettivo è una sanità sana, capace di assorbire emergenze e situazioni impreviste, va garantita la sicurezza del posto di lavoro ma va superata la ricerca unica del colpevole dello stress. Ciò non significa che l'ospedale si deresponsabilizza, anzi, si rende attore protagonista del percorso di miglioramento della resilienza allo stress da parte del suo personale che, al pari di un'atleta, è sempre in gara per aiutare i pazienti.

Troppo spesso si dà per scontato che il personale sanitario, per definizione, sia consapevole e assolutamente protetto dagli effetti che i sistemi di reazione allo stress attivano sul suo organismo. Si tratta di un luogo comune, poiché il terapeuta trascura molto spesso sé stesso per privilegiare l'aspetto assistenziale del suo ruolo. Inoltre la cultura accademica attuale è molto orientata alla patologia e all'utilizzo diagnostico e terapeutico della tecnologia, mediatori asettici della relazione con il paziente. Poco insiste sulla relazione proporzionale tra benessere del terapeuta, empatia, forza terapeutica e capacità di infondere fiducia nel paziente. Non è garantita una preparazione trasversale a tutte le discipline in merito alla relazione fra gli stili di vita e lo stress psicosociale.

La riflessione che segue si concentra su alcuni dati presenti in letteratura riguardanti il *burnout* di medici e infermieri, fermo restando che il fenomeno riguarda tutto il personale e va monitorato costantemente, con particolare attenzione alle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e al personale socio sanitario.

Burnout nei medici

La sindrome da *burnout* è definita da Maslach e Jackson come una sindrome tridimensionale che implica esaurimento emotivo, cinismo e pensieri negativi verso i pazienti e colleghi (depersonalizzazione) e un basso livello di realizzazione in merito alla propria *performance* (Maslach, 1981). L'indagine, organizzata da Medscape su 15.069 medici nel 2019, indica che il 44% dei professionisti della salute rientra tra i criteri di *burnout*, con un aumento del 2% rispetto all'anno precedente. L'11% dei medici si definisce depresso, il 14% dei medici ha pensato al suicidio. Gli urologi hanno riportato la più alta percentuale di *burnout* (54%) seguiti a ruota dai neurologi (53%). Per quanto riguarda il genere, sono le donne a soffrire di più di questo problema (50% delle donne rispetto al 39% degli uomini), per un carico doppio tra lavoro e famiglia o per propensione a riconoscere i segnali in modo più amplificato e a dichiararli. Tra le cause emergenti: il 59% attribuisce lo sfinimento al fatto di dover adempiere a troppe attività amministrative, il 34% al troppo tempo passato al lavoro, il 32% all'aumento di informatizzazione delle pratiche. Metà dei medici intervistati, che ha riferito di essere depresso, ha anche affermato di riconoscere le ripercussioni negative di questo aspetto sulla cura dei pazienti, ma nella maggior parte dei casi di non voler cercare aiuto (Kane, 2019). Un altro dato ci viene riportato da Rotenstein che ha effettuato una revisione sistematica di 182 studi per un totale di 109.628 medici in 45 Paesi e ha dimostrato una notevole variabilità nelle stime di prevalenza del *burnout*, con stime di *burnout* complessivo compreso tra 0% e 80,5% (Rotenstein, 2018). Un *range* così ampio riflette la marcata eterogeneità nei criteri utilizzati per definire e misurare il *burnout* in letteratura: sono state identificate almeno 142 definizioni. In Italia ci sono pochi studi che analizzano il tema del *burnout* e del benessere degli operatori sanitari in grado di dare una lettura simile a quella data da Medscape (Kane, 2019). Soler mette in evidenza che gli intervistati italiani oltre ad aver contribuito con il tasso di risposta più alto, hanno ottenuto un punteggio molto alto per il *burnout* (Soler, 2008).

I camici bianchi italiani hanno un livello di stress quasi doppio, il 43%, rispetto alla media dei colleghi europei che invece è al 22%. I motivi sono vari: notti in bianco per seguire da soli decine

di pazienti, carichi di lavoro eccessivi, tempi di recupero troppo brevi, mancato riconoscimento retributivo e paura di sbagliare. A tale situazione si aggiunge anche un sentimento di profonda insoddisfazione lavorativa.

Burnout nel personale infermieristico

Il personale sanitario è cresciuto costantemente negli ultimi dieci anni ma il rapporto sullo stato di salute 2017 riporta che la densità degli infermieri in Italia è relativamente bassa (6,1 per 1000 abitanti rispetto alla media europea di 8,4). Nel contesto assistenziale, il personale infermieristico risulta tra le professioni più affette da *burnout* (Canadas De La Fuente, 2015). A essere chiamati in causa molti fattori: sociodemografici (età, genere e stato civile), fattori psicologici, fattori legati al lavoro (anzianità di servizio o soddisfazione) e al tipo di servizio per il quale si esercita la propria attività. Mentre nell'assistenza primaria l'attività è gestita nel tessuto della comunità stessa e ha luogo in un lungo periodo, in ospedale il trattamento è considerato di breve termine e c'è un'elevata variabilità di pazienti assistiti. I dati presenti in letteratura danno un *range* di variabilità di prevalenza del fenomeno che va dal 5,2% (Navarro Gonzalez, 2015) al 31,3% (Vila Falgueras, 2015). Si comprende la difficoltà di accertare il reale impatto del *burnout* nel personale infermieristico dell'assistenza primaria. La dimensione più ampiamente presente nel *burnout* del personale infermieristico di tale settore, riguarda la bassa realizzazione personale. Questo dato è presente nel 31% dei campioni analizzati in 1430 articoli. Segue con il 28% l'esaurimento emozionale, mentre la depersonalizzazione ha una prevalenza del 15%. Tali dati sono attribuibili alla continua necessità di relazione con pazienti cosiddetti complessi, ad alto bisogno e alla ricerca di continue attenzioni assistenziali. L'importanza che l'assistenza primaria sta ricoprendo nell'ambito assistenziale, sommata alla grande domanda che viene fatta a quest'area assistenziale a causa dell'aumentata incidenza delle malattie croniche non trasmissibili, spinge di continuo il personale infermieristico a trovare nuove strade di gestione del lavoro. Da aggiungere il continuo contatto con la vulnerabilità della popolazione a domicilio, l'aumento del carico lavorativo e la mancanza di controllo sul proprio ambiente di lavoro, che risultano essere elementi che facilmente impattano sull'esaurimento emozionale e la bassa soddisfazione lavorativa (Monsalve-Reyes, 2018).

Benessere dei medici e la qualità dell'assistenza

Il benessere del medico impatta in modo importante anche sulla qualità dell'assistenza, al punto tale che lo stress del medico, il *burnout* o la sua insoddisfazione nel lavoro possono incidere pericolosamente nell'interazione medico paziente e risultare in una assistenza di basso livello qualitativo (Williams, 2007; Di Matteo, 1993). Inoltre anche i comportamenti di salute dei medici possono incidere in modo significativo sul consiglio che danno ai pazienti (Frank, 2000; Cornuz, 2000). Il benessere dei medici è un utile indicatore di qualità del sistema sanitario (Grossman, 1993). Nonostante l'importanza di questo parametro, i medici spesso pensano che la ricerca del loro benessere personale è in contrasto con la loro professionalità e che la cura dei pazienti viene prima di tutto. Per esempio molti medici lavorano anche quando sono ammalati (Uallachain, 2008) e alcuni si sono fissati sul fatto che mangiare quando si è in servizio è poco professionale e la stessa opinione l'abbiano anche i pazienti (Thompson, 2001; Lemaire, 2011).

Cosa si intende per benessere dei medici

Dare una definizione di benessere dei medici è un'impresa difficile per l'ampia varietà delle dimensioni che in letteratura si accostano a tale tema. Spesso l'enfasi massima viene data alla presenza/assenza di emozioni negative come nel *burnout*. Goldberg descrive il benessere come qualcosa che misura l'interesse nei confronti della salute fisica ed emozionale e tra i vari aspetti della graduazione del benessere arriva ad affrontare anche il *burnout* (Goldberg, 1996). Secondo Shanafelt però il benessere va oltre l'assenza di *distress* e include il fatto di sentirsi sfidati e con la voglia di prosperare e raggiungere il successo in vari aspetti della vita personale e professionale (Shanafelt, 2005). Uncu si focalizza sul concetto di benessere soggettivo e lo descrive come un'ampia categoria che comprende le risposte emotive dell'individuo, le soddisfazioni nei diversi settori e i giudizi globali sulla soddisfazione della vita (Uncu, 2007). Il lavoro è uno dei settori di soddisfazione che sono considerati sotto le componenti del benessere soggettivo. Il benessere secondo Wallace e Lemaire riflette la misura in cui un individuo trova significato, ed è in grado di esprimere autenticamente sé stesso, nella propria vita e lavoro (Wallace, 2007). Fang chiama in causa anche il benessere spirituale come importante settore della qualità di vita (Fang, 2011). Secondo Lebensohn il benessere è un processo attivo che guida le scelte nelle dimensioni multiple del corpo, mente, spirito e che porta verso modi di vivere più salutari (Lebensohn, 2013). Colón-de Martí analizza la situazione del ritmo circadiano nei medici che eseguono interventi chirurgici, e delle ricadute sulla qualità del sonno, parametro importante per garantire il benessere e la capacità di recupero dopo una fatica (Colón-de Martí, 2014). Thorndike definisce il benessere dei medici come la capacità di praticare per sé stessi comportamenti di promozione della salute, anche per facilitare il loro stesso lavoro di coinvolgimento dei pazienti ed essere credibili, mentre un calo di benessere fa credere loro di non avere tempo per prendersi cura di sé stessi (Thorndike, 2014). La *review* in cui sono riportate queste definizioni conclude con la proposta di sviluppare urgentemente un termine olistico che possa far superare la difficoltà di accordo su questa definizione così ricca di dimensioni, al fine di monitorare seriamente questo tema (Brady, 2018). L'obiettivo futuro è quello di riorientare la classica cultura organizzativa e politica in cui dai medici si attende spesso la negazione del loro stesso benessere in favore della continua erogazione di cure compassionevoli e competenti. In effetti tale cultura non è né benefica, né efficiente.

Qual è la percezione reale dei pazienti rispetto a questi aspetti?

Lo studio di Lemaire evidenzia la relazione reciproca tra il benessere del medico e il benessere della cura che viene erogata (Lemaire, 2018). I segnali che i pazienti notano riguardano l'aspetto fisico, il comportamento, il ritmo di lavoro e i segnali di stress. I partecipanti hanno descritto un senso di energia intangibile in particolare quando la relazione si è stabilita da molto tempo, dove i pazienti osservano cambiamenti nella stabilità emozionale del medico, del peso, del comportamento tra una visita e l'altra. Quando un paziente giudica negativamente i segnali che percepisce, avrà una visione negativa del suo percorso di cura. I pazienti notano lo scarso contatto con i colleghi, la tendenza a fare errori, hanno meno fiducia in un medico che non sta bene. I sentimenti di fiducia sono fortemente attaccati quando il paziente non si sente trattato come una persona intera, coinvolto empaticamente e con compassione nella scelta terapeutica. Se un paziente percepisce il malessere del medico, cerca di minimizzare i suoi sintomi per non sovraccaricare il medico, riduce il numero di problemi che ha. Questa sorta di reciprocità nell'assistenza è stata descritta da Ratanawongsa e il suo *team* come elemento che associa il *burnout* con la comunicazione del paziente con il medico (Ratanawongsa, 2008). I pazienti che vedono i medici affetti da *burnout* maggiore sono più propensi a usare parole di conforto e ottimismo rispetto a quelli che incontrano medici con un minor livello di *burnout*, quasi a

esercitare un ruolo empatico supportivo a loro volta. Inoltre i pazienti si rendono conto che a volte il malessere dei medici è dovuto al grande carico di lavoro che affrontano continuamente e le difficoltà del sistema sanitario.

Uno sguardo all'Italia

La maggior parte degli studi presentati in letteratura sono stati condotti su medici che lavorano nei dipartimenti di emergenza e nei servizi di emergenza e rianimazione e sui medici di famiglia. Il *burnout* in generale può colpire il meglio di infermieri e medici. La ricerca suggerisce che i migliori professionisti della salute, quelle “anime orientate ai dettagli, perfezioniste, profondamente compassionevoli tra noi”, sono a maggior rischio di esaurimento. Perché? Perché le loro realtà non sempre corrispondono ai loro alti standard e lo stress e la frustrazione che ne derivano nel tempo portano all'esaurimento fisico e mentale, che è caratteristico del *burnout*. Congestione, sovraffollamento, varietà e complessità dei casi, gravità delle situazioni cliniche, problemi sociali e familiari dei pazienti, impatto della morte, carico di lavoro, sono fattori di rischio specifici per gli operatori (Gnerre, 2017).

Si evidenzia che lo stress agisce soprattutto a livello fisico nei reparti di emergenza e a livello prevalentemente psicologico nei reparti della cronicità, portando entrambi a una sommatoria che incide in modo diverso in base alla capacità del soggetto, alle sue modalità di recupero, agli stili di vita che pratica e soprattutto in base alla rete sociale che lo sostiene.

Come si fa a promuovere salute in un contesto assistenziale?

Il concetto di un ospedale come promotore di salute non significa che l'ospedale abbia cambiato la sua funzione principale da quella curativa a quella di promuovere la salute, ma che ha incorporato nella propria cultura e nel lavoro quotidiano l'idea della promozione della salute del suo personale, dei pazienti e delle loro famiglie (Groene, 2005).

Il tema della promozione della salute negli ospedali è da sempre dibattuto, come se fosse un paradosso. Purtroppo il problema che stiamo affrontando da molto tempo è che i servizi assistenziali sanno curare molto bene, ma non riescono allo stesso tempo a guarire le persone, sempre più afflitte da patologia cronica. Dalla Carta di Ottawa in poi il tema è stato oggetto di un progetto pilota che nel 1992 ha dato l'avvio alla rete degli Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono salute: *Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) Network*. L'iniziativa è partita dalla WHO per integrare i principi e i valori della Carta di Ottawa nei confronti di pazienti, personale interno e cittadinanza. La rete HPH è quindi diventata la rete di riferimento per il contesto sanitario assistenziale. L'obiettivo era avere una visione più ampia della salute rispetto a quella della prevenzione della malattia. In particolare, la strategia fornisce alle istituzioni sanitarie l'opportunità di contribuire attivamente agli obiettivi di salute pubblica che, data la crescente prevalenza di malattie croniche, stanno diventando estremamente importanti per migliorare la salute delle popolazioni del mondo. La *mission* di questo movimento è sensibilizzare sul concetto di promozione della salute, contribuire alla sua propagazione negli ospedali e nei servizi sanitari e sostenerne l'attuazione su scala nazionale e internazionale. Questa strategia include dei passaggi fondamentali come:

- l'impostazione di una struttura di *governance* HPH specifica;
- l'informazione e il coinvolgimento dei clinici e di tutto il personale nella comunicazione della promozione della salute;

- lo sviluppo di piani d’azione annuali, compresi progetti specifici per l’attuazione e lo sviluppo di politiche specifiche in base alle problematiche o al target di popolazione;
- l’introduzione di procedure per misurare e monitorare nel tempo i risultati sulla salute;
- l’impatto sulla salute e gli incrementi di salute per i pazienti, il personale e le popolazioni della comunità.

La rete HPH promuove e diffonde principi, raccomandazioni e standard riconosciuti a livello internazionale per ospedali e servizi sanitari orientati alla salute definiti nella Carta di Ottawa (WHO, 1986), nella Dichiarazione di Budapest sugli ospedali per la promozione della salute (WHO, 1991), nelle Raccomandazioni di Vienna (WHO/Europe, 1997), nella Carta di Bangkok (WHO, 2006) e negli standard per la promozione della salute negli ospedali (WHO, 2005). La rete persegue valori di multiprofessionalità e multidisciplinarietà e guida il cambiamento attraverso un *set* di standard di autovalutazione e di indicatori per la promozione della salute, coerenti con il ciclo di miglioramento continuo della qualità secondo l’HPH (<https://www.hphnet.org/standards>). La rete internazionale comprende attualmente 20 reti HPH nazionali/regionali e 50 singoli membri HPH che collaborano per riorientare l’assistenza sanitaria verso la promozione della salute. In totale, quasi 600 ospedali e membri del servizio sanitario di 33 Paesi hanno aderito a questa comunità.

Rete HPH in Italia

In Italia attualmente si tratta di una rete di reti. La rete nazionale è guidata a rotazione da una delle reti regionali, le quali singolarmente siglano gli accordi quadriennali con la segreteria internazionale HPH.

Per attuare un’evoluzione coerente con il periodo storico che stiamo affrontando, l’evoluzione naturale che si attende è quella di rinforzare l’identità culturale e metodologica dell’approccio basato sui *setting* nei contesti sanitari a livello nazionale, in linea con il protocollo di intesa del 2019 fra il Ministero della Salute e il Ministero dell’Istruzione, dell’università e della ricerca, che riguarda il *setting* scolastico che promuove la salute (Conferenza Stato-Regioni, 2019). Tale protocollo, che invita le regioni alla costituzione di reti regionali in sinergia con la rete *Schools for Health in Europe*, auspica la produzione di un documento dedicato ai contesti sanitari assistenziali per la omogenea attivazione delle reti regionali aderenti alla rete internazionale HPH, in modo da attivare un linguaggio comune e superare la frammentazione dispersiva delle iniziative.

Approcci organizzativi e sostenibilità

Dopo aver esaminato gli approcci organizzativi di un certo numero di ospedali che promuovono la salute, Johnson e Baum hanno sviluppato quattro tipologie che ne descrivono vantaggi ed efficacia (Johnson, 2001). Di seguito si riporta il riepilogo.

- 1) Il primo tipo di approccio si concentra esclusivamente su progetti di promozione della salute *ad hoc* che possono essere orientati verso i pazienti e le loro famiglie, il personale, la struttura funzionale dell’istituzione, il suo ambiente fisico o la comunità.
- 2) Il secondo tipo riguarda uno o più gruppi e gli aspetti sopra elencati, ma di solito è delegato a una specifica divisione, dipartimento o membro del personale. Il potenziale impatto del progetto è quindi limitato.
- 3) Il terzo tipo prevede l’implementazione di un programma di promozione della salute che coinvolge l’intera istituzione. Attivando questo approccio, l’ente diventa *setting* di promozione della salute.

4) Infine, il quarto tipo combina il terzo tipo insieme ad azioni e *partnership* intese a promuovere la salute della comunità.

Secondo gli autori, i primi due approcci potrebbero essere appropriati per l'avvio sperimentale di un cambiamento organizzativo in favore della promozione della salute, mentre gli ultimi due tipi sono gli unici che possono veramente mobilitare l'intera organizzazione e garantire la sostenibilità della cultura della promozione della salute dell'ente.

Johnson e Baum sottolineano inoltre l'importanza di ottenere l'impegno e sostegno da tutti i livelli dell'organizzazione se l'istituzione vuole riuscire ad adottare e attuare una politica di promozione della salute.

Rete interna e autovalutazione

L'autovalutazione è un processo utilizzato dalle organizzazioni sanitarie per valutare accuratamente il livello di *performance* in relazione agli standard stabiliti e per implementare azioni finalizzate al miglioramento continuo. L'autovalutazione può riguardare tutte le attività ospedaliere o può focalizzarsi su aspetti specifici, come la promozione della salute. Ciò permette al personale di identificare le aree di buona pratica e le aree dove invece è richiesto un miglioramento. Il personale ospedaliero può quindi definire le priorità e pianificare le azioni necessarie o riproporre le buone pratiche in altri reparti dell'ospedale.

È importante evidenziare che la promozione della salute, che non può essere delegata a uno specifico ruolo o a una singola funzione all'interno dell'ospedale, è "responsabilità di tutti in un ospedale" e i pazienti e ogni membro del personale possono contribuirvi. Come elemento di qualità, le attività di promozione della salute dovrebbero essere valutate dagli standard e dagli indicatori, analogamente agli altri elementi di qualità clinica. In questo contesto le attività possono essere viste come "valore aggiunto" rispetto alle iniziative di qualità esistenti e l'autovalutazione delle attività di promozione della salute dovrebbe essere integrata all'interno del sistema di gestione della qualità.

È importante sottolineare come tutto il personale deve essere impegnato per il successo della strategia. L'impegno muterà in base all'interesse e alla motivazione, tuttavia il sostegno alla strategia e il senso di appartenenza sono due elementi chiave per il successo. Deve essere identificato il gruppo dedicato al progetto con ruoli e responsabilità chiaramente definiti. A titolo esemplificativo si cita il decreto regionale della rete del Friuli Venezia Giulia, che descrive nel regolamento della rete i compiti e i ruoli del personale coinvolto (Decreto n. 1100/SPS del 31 luglio del 2018) (Friuli Venezia Giulia, 2018).

Alleanze tra il contesto sanitario e gli altri *setting* di una comunità

Tra le alleanze, va considerato il potenziale di collaborazione fra la rete che identifica la promozione della salute nel contesto sanitario (HPH) e le altre reti di riferimento dei contesti extra-sanitari, come quella dedicata alla promozione della salute nei luoghi di lavoro (*Workplace Health Promotion*, WHP) o quella che promuove la salute nelle scuole (*Schools for Health in Europe*, SHE). In alcune realtà regionali italiane la rete dedicata alla promozione della salute nei luoghi di lavoro si fa promotrice di iniziative che riguardano anche il benessere e la promozione della salute del personale sanitario. Purtroppo però così facendo si esautorava il *setting* sanitario dalla responsabilità di essere il motore delle politiche strategiche di promozione della salute di

una comunità, in quanto colui che porta il carico delle ricadute dei mancati investimenti in termini di salute. Un contesto sanitario che si fa accreditare sui temi dalla salute da un sistema basato sul lavoro in senso generale, senza integrare un percorso di periodica autovalutazione e miglioramento guidato dall'interno, genera confusione sul suo mandato. Il personale sanitario *in primis* ha la necessità di capire la differenza fra il ruolo di promozione della salute che ha a livello extra-sanitario e quello che viene esercitato nella pratica assistenziale. E che i risultati per manifestarsi devono essere perseguiti con visione sistemica, con perseveranza e metodo. La popolazione assistita deve capire che ha un ruolo fondamentale nel preservare il capitale di salute che possiede. L'ambiguità della regia e il continuo cambiamento di rotta spesso dettato dai cambiamenti politici che si ripercuotono sulla *leadership* di una comunità, ostacola la responsabilità nei processi e a ogni cambio di rotta si azzerava tutto. In base agli approcci organizzativi descritti è auspicabile che le Direzioni dei *setting* sanitari riconoscano il valore di una regia unica e stabile per la promozione della salute, in cui pazienti, operatori e cittadini trovino strumenti comuni e possibilità di misurare i risultati. La rete degli Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono salute ha il compito di guidare la promozione della Salute di una comunità, generando cultura condivisa, alleanze con altre reti a partire da percorsi efficaci per il personale e i pazienti.

Carico di malattia ai tempi della pandemia COVID-19

Interpretare il “carico di malattia” in un periodo di emergenza, mantenendo attive le chiavi di lettura della promozione della salute, implica il fatto di saper valutare il carico allostatico. Quando si manifesta un attacco stressogeno di elevata intensità e durata, e il COVID-19 è a pieno titolo un attacco stressogeno nei confronti dei sistemi di difesa dell'organismo, esso avrà ricadute non solo sull'immediato, ma anche sul lungo periodo (Chrousos, 2009), nell'ambito della salute psicologica, fisica, sociale e relazionale del personale e degli assistiti e quindi sul carico di malattia della comunità.

In tale prospettiva sono da considerare interventi di breve, medio e lungo termine, da mettere in atto per promuovere la salute da subito, tenendo conto dei seguenti aspetti:

- la drammatica esperienza della pandemia COVID-19 testimonia il fatto che i fenomeni imprevedibili possono andare molto oltre la capacità previsionale di una comunità;
- i fenomeni legati all'emergenza possono essere i più diversi (virus, batteri, terremoti, catastrofi ambientali di natura chimica, da radiazioni, conflitti armati, ecc.) e per evitare di disperdere le forze quando un attacco si genera, è importante controllare la variabilità della modalità di reazione con cui l'organismo fa fronte a questi elementi, definiti *stressor*;
- la differenza nell'approccio, proattivo o difensivo, dipende dalla percezione di essere capaci di ridurre il carico stressogeno e di riparare il danno che si è reso manifesto piuttosto che ritenersi completamente indifesi nei confronti dello *stressor*. E questo vale sia per le persone che per le organizzazioni;
- per monitorare l'impatto della reazione durante l'evento stressogeno è fondamentale avere almeno un punto di riferimento delle condizioni preesistenti all'attacco: la fotografia dell'esistente. L'autovalutazione periodica del grado di implementazione della promozione della salute nel contesto sanitario può essere integrata nei percorsi di accreditamento aziendale, ma va comunque promossa anche a livello capillare a cura di ogni servizio;
- essere capaci di misurare l'impatto dello *stressor* su individui e organizzazioni è un fattore essenziale per avviare piani di miglioramento continui e verificarne l'efficacia nel produrre miglioramento;

- gli indicatori per le organizzazioni sono quantitativi e qualitativi, tra i quali le assenze per malattia, gli infortuni, i *near miss* (i quasi incidenti), le ferie non godute, i contenziosi, le non idoneità alla mansione, gli indici di fuga e di attrazione dei reparti, i fenomeni di violenza, le aggressioni e le molestie, la *malpractice*, la soddisfazione dei pazienti;
- per lo studio del livello individuale, oltre ai test psicometrici, sono disponibili test che misurano in modo oggettivo l'impatto dello stress sull'organismo, consentendo piani di intervento basati sulla promozione della salute e di corretti stili di vita. Si tratta di indicatori innovativi, rivoluzionari perché scientificamente validati ma non invasivi, che consentono un salto di qualità nel monitoraggio e nella proposta di miglioramento nei confronti della reazione allo stress oggettivabile nel tempo. Un'esperienza significativa è stata realizzata nel 2020 dall'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, ARCS, di Udine, per sostenere il personale sanitario coinvolto nell'emergenza COVID-19 (Aguzzoli et al., 2020).

Bibliografia

- Aguzzoli C, Portolan P, Camilli A, Lardieri G, Saccavini M, De Monte A, Gobatto CA, Conte A, Cussigh E, Piemontesi A, Channoufi L, La Diega A. *Aver cura di chi ci ha curato*. Udine: Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute; 2020. https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/2020/11/10/All.%20_Benessere%20del%20personale%20_Progetto%20Aver%20cura%20di%20chi%20ci%20ha%20curato.pdf; ultima consultazione 04/01/2021.
- Baric L. Health Promoting Schools: evaluation and auditing. *Journal of the Institute of Health Education* 1991;29:114-20.
- Baric L. The settings approach-implications for policy and strategy. *Journal of the Institute of Health Education* 1993;31:17-24.
- Brady KJS, Trockel MT, Khan CT, Raj KS, Murphy ML, Bohman B, Frank E, Louie AK, Roberts LW. What do we mean by physician wellness? A systematic review of its definition and measurement. *Acad Psychiatry* 2018;42(1):94-108.
- Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud* 2015;52(1):240-9.
- Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol* 2009;5(7):374-81.
- Chu C, Driscoll T, Dwyer S. The health-promoting workplace: an integrative perspective. *Aust N Z J Public Health* 1997;21(4 Spec No):377-85.
- Colón-de Martí LN, Martínez A, Gómez Y, Rivera-Colón I. Perceptions of a group of surgical and non-surgical residents at a Hispanic academic medical center of the impact of the night-float system. *P R Health Sci J* 2014;33(2):45-50.
- Cornuz J, Ghali WA, Di Carlantonio D, Pecoud A, Paccaud F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Fam Pract* 2000;17(6):535-40.
- Di Matteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, Kaplan S, Rogers WH. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol* 1993;12(2):93-102.
- Fang CK, Li PY, Lai ML, Lin MH, Bridge DT, Chen HW. Establishing a 'physician's spiritual well-being scale and testing its reliability and validity. *J Med Ethics* 2011;37(1):6-12.
- Frank E, Breyan J, Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Arch Fam Med* 2000;9(3):287-90.

- Gnerre P, Rivetti C, Rossi AP, Tesei L, Montemurro D, Nardi R. Work Stress and burnout among physicians and nurses in Internal and Emergency Departments. *Italian Journal of Medicine* 2017;11: 740.
- Goldberg R, Wayne Boss R, Chan L, Goldberg J, Mallon W K, Moradzadeh D, Goodman A, McConkie M L. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Academic Emergency Medicine* 1996;3(12):1156-164.
- Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Garcia-Barbero M. Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine European countries. *Leadership in Health Services* 2005; 18(4-5):300-7.
- Hunter DJ. Public health management. *J Epidemiol Community Health* 1998;52(6):342-3.
- Johnson A, Baum F. Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promot Int* 2001;16(3):281-7.
- Kane LMA. *Medscape national physician burnout, depression & suicide report 2019*. Medscape: 16/01/2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056>; ultima consultazione 04/01/2021.
- Friuli Venezia Giulia. *Decreto n. 1100/SPS del 31/07/2018. Rete Health Promoting Hospitals & Health Services del Friuli Venezia Giulia (approvazione del Regolamento)*. FVG; 2018 Disponibile all'indirizzo: https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/2020/08/31/Decreto_1100_Approvazione_Regolamento.pdf; ultima consultazione 11/01/2021.
- Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy Plan* 2000;15(3):255-62.
- Lebensohn P, Dodds S, Benn R, Brooks AJ, Birch M, Cook P, Schneider C, Sroka S, Waxman D, Maizes V. Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout. *Fam Med* 2013;45(8):541-9.
- Lemaire JB, Ewashina D, Polachek AJ, Dixit J, Yiu V. Understanding how patients perceive physician wellness and its links to patient care: A qualitative study. *PLoS One* 2018 May 15;13(5):e0196888.
- Lemaire JB, Wallace JE, Lewin AM, de Grood J, Schaefer JP. The effect of a biofeedback-based stress management tool on physician stress: a randomized controlled clinical trial. *Open Med* 2011;5(4):e154-63.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior* 1981;2(2):99-113.
- Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Aguayo R, Cañadas-De la Fuente GA. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract* 2018;10;19(1):59.
- Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalence of burnout syndrome and its associated factors in Primary Care staff. *Semergen* 2015;41(4):191-8.
- Conferenza Stato-Regioni. *Documento concernente "Indirizzi di 'policy' integrate per la Scuola che Promuove Salute"*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2019. (Atti n. 2/CSR del 17 gennaio 2019). <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2019&codLeg=67699&parte=1%20&serie=null>; ultima consultazione 11/01/2021.
- Ratanawongsa N, Roter D, Beach MC, Laird SL, Larson SM, Carson KA, Cooper LA. Physician burnout and patient-physician communication during primary care encounters. *J Gen Intern Med* 2008;23(10):1581-8.
- Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA* 2018;320(11):1131-1150.

- Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, Sloan J. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med* 2005;20(7):559-64.
- Simnett I. *Managing health promotion. Developing healthy organisations and communities*. Chichester: Wiley; 1996.
- Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, Ozvacic Z, Desgranges JP, Moreau A, Lionis C, Kotányi P, Carelli F, Nowak PR, de Aguiar Sá Azeredo Z, Marklund E, Churchill D, Ungan M, european general practice research network burnout study group. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008;25(4):245-65.
- Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, Ozvacic Z, Desgranges JP, Moreau A, Lionis C, Kotányi P, Carelli F, Nowak PR, de Aguiar Sá Azeredo Z, Marklund E, Churchill D, Ungan M, european general practice research network burnout study group. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008;25(4):245-65.
- Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ* 2001;323(7315):728-31.
- Thorndike AN, Mills S, Sonnenberg L, Palakshappa D, Gao T, Pau CT, Regan S. Activity monitor intervention to promote physical activity of physicians-in-training: randomized controlled trial. *PLoS One* 2014;9(6):e100251.
- Uallachain GN. Attitudes towards self-health care: a survey of GP trainees. *Ir Med J* 2007;100(6):489-91.
- Uncu Y, Bayram N, Bilgel N. Job related affective well-being among primary health care physicians. *Eur J Public Health* 2007;17(5):514-9.
- Vilà Falgueras M, Cruzate Muñoz C, Orfila Pernas F, Creixell Sureda J, González López MP, Davins Miralles J. Burnout and teamwork in primary care teams. *Aten Primaria* 2015;47(1):25-31.
- Wallace JE, Lemaire J. On physician well being-you'll get by with a little help from your friends. *Soc Sci Med* 2007;64(12):2565-77.
- Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev* 2007;32(3):203-12.
- WHO. *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. Geneva: World Health Organization; 1986. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf; ultima consultazione 11/01/2021.
- WHO. *The Budapest Declaration of Health Promoting Hospitals*. Copenhagen: WHO/Europe Region; 1991. Disponibile all'indirizzo <https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/03/Budapest-Declaration.pdf>; ultima consultazione 28/03/2021
- WHO. *Sundsvall statement on supportive environments for health*. Report from the International Conference on health promotion. Sundsvall (Sweden): World Health Organization; 1991. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>; ultima consultazione 04/01/2021.
- WHO. *The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*. Copenhagen: World Health Organization; 1997. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>; ultima consultazione 04/01/2021.
- WHO. *Health 21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European region*. Copenhagen: World Health Organization; 1998 (series No. 5). Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf; ultima consultazione 04/01/2021.

- WHO. *Annex 5 glossary of terms in "health 21. The health for all policy framework for the WHO european Region"*. Copenhagen: World Health Organization; 1999. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272657/9289013494-eng.pdf>; ultima consultazione 11/01/2021.
- WHO. *Health promotion in hospitals: evidence and quality management*. Copenhagen: World Health Organization; 2005. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/99827/E86220.pdf; ultima consultazione 28/03/2021
- WHO. *The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world*. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf; ultima consultazione 04/01/2021.
- WHO/Europe. *National/Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators. Report on the Third Workshop. Vienna, Austria 16–17 April 1997*. Copenhagen: World Health Organization, European Regional Office; 1997. (EUR/HFA target 29). Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108045/E56785.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; ultima consultazione 04/01/2021.
- Ziglio E. Repositioning health promotion: research implications. In: Watson J, Platt S (Ed.). *Researching Health Promotion*. London: Routledge; 2000. Chapter 2.