

Documento di indirizzo

Benessere sul posto di lavoro nel setting sanitario

secondo la strategia della Promozione della
Salute promossa dalla rete Health
Promoting Hospitals & Health Services del
Friuli Venezia Giulia



International Network of
Health Promoting Hospitals
& Health Services

Sommario

1	Premessa.....	3
2	Benessere come fattore di protezione.....	3
2.1	Il Benessere nel contesto assistenziale, un tema urgente	4
2.2	Autovalutazione e autoregolazione	6
2.3	Il Gruppo di lavoro regionale Benessere sul posto di lavoro della rete HPH	7
2.4	Autovalutazione e piani di miglioramento a livello aziendale	7
2.5	Il bisogno di promozione della salute nell'ambito del contesto assistenziale	7
3	Carico di malattia ai tempi del COVID-19.....	9
4	Azioni per la promozione della salute individuale in emergenza: misurare per capire e migliorare ..	11
5	Azioni per la promozione della salute organizzativa e relazionale in situazioni di emergenza	13
6	Azioni per la promozione della salute individuale in prospettiva.....	15
6.1	Le azioni rivolte agli operatori per contrastare l'impatto dello stress sull'organismo.....	16
7	Definizioni utili	17
7.1	Terminologie e abbreviazioni usate nel documento.....	18
8	Gruppo di lavoro	19
9	Documentazione utile -allegati	19
10	Bibliografia	20

1 Premessa

Per fare il bene è necessario stare bene. Da anni si parla di burn out 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. Le ricadute complessive coinvolgono la forza terapeutica del personale 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 sul 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 se 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 (Tratto da Rapporti Istisan in corso di pubblicazione).

2 Benessere come fattore di protezione della salute

Con il termine "benessere" si intende uno stato fisico, mentale, affettivo, cognitivo, economico, sociale, culturale e spirituale che caratterizza la soddisfazione nella vita e si fonda su alcuni standard che orientano le persone nel determinare ciò che è positivo per la propria esistenza. Spesso nel concetto di "benessere psicologico" vengono incluse varie componenti come l'autostima, l'ottimismo gli stati d'umore positivi, il locus of control e il senso di coerenza. In campo clinico il benessere è stato interpretato come assenza di sintomatologia legata a stress, depressione, ecc. (Aguzzoli, De Santi, 2018)

Dare una definizione di benessere del personale sanitario 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 burn out. Secondo Shanafelt (2016) però il benessere va oltre l'assenza di distress e include il fatto di sentirsi sfidati, prosperare e raggiungere il successo in vari aspetti della vita personale e professionale. Uncu (2007) 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. Il lavoro è uno dei settori di soddisfazione che sono considerati sotto le componenti del benessere soggettivo. Il benessere secondo Wallace e Lemaire (2007) riflette la misura in cui un individuo trova significato, ed è in grado di esprimere autenticamente se stesso, nella propria vita e lavoro. Fang (2011) chiama in causa anche il benessere spirituale come importante settore della qualità di vita. Secondo Lebensohn (2013) 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. Colon-de Marti (2014) 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. Thorndike (2014) definisce il benessere dei medici come la capacità di praticare per se 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 se stessi.

Le caratteristiche di sicurezza fisica, posizione sociale di valore e opportunità di crescita sono elementi fondamentali collegati al benessere sul posto di lavoro, ma è necessario tenere conto anche dell'impatto dei fattori antecedenti al luogo di lavoro, come l'ambiente di vita, le relazioni extra lavorative e gli stili di vita.

2.1 Il Benessere nel contesto assistenziale, un tema urgente

Da anni il tema del benessere negli ospedali e servizi sanitari viene discusso senza trovare una dimensione stabile, viste le sue molteplici sfaccettature che si intrecciano con iniziative spot, spesso senza ricadute operative. Periodicamente le aziende sanitarie sono sollecitate ad aderire a indagini e sondaggi, con focus e strumenti diversi senza una regia integrata. I temi riguardano il clima organizzativo, la violenza, il mobbing, l'errore, il rischio, il disagio, il contrasto alle discriminazioni. Il carotaggio specifico per silos non comunicanti determina dispersione di risorse e sovrapposizione tra gli elementi in analisi. Per non parlare dei problemi di privacy. Il tutto irrita il personale stanco di non avere risposte e nel tempo, allontana il personale da questi strumenti, aumentando la distanza e la fiducia nei confronti dei decisori. Ulteriore problema è la raccolta dei dati che non si trasforma in piani di miglioramento reali. Se tali sondaggi non sono discussi e connessi con le iniziative aziendali pre esistenti, con un'architettura in grado di garantire le risorse per la messa in atto dei miglioramenti richiesti, le librerie dei manager si riempiono di sterili report che poco hanno a che fare con la realtà.

Attivare una regia sul Benessere nei termini di promozione della salute è urgente in quanto il benessere del medico, per parlare di una delle categorie più afflitte, impatta in modo importante sulla qualità dell'assistenza, al punto tale che lo stress, il burnout o l'insoddisfazione nel lavoro possono

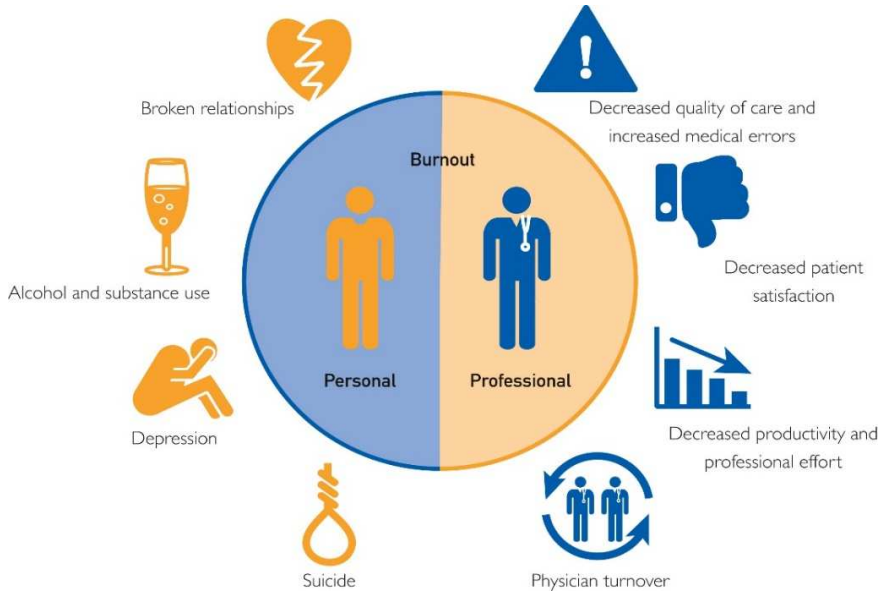


Figura 1 Ripercussioni personali e professionali del burnout (Shanafelt 2016)

incidere pericolosamente nell'interazione medico paziente e risultare in una assistenza di basso livello qualitativo (Williams ES et al 2007).

Il benessere dei medici è un utile indicatore di qualità del sistema sanitario. Nonostante l'importanza di questo parametro, i medici spesso pensano che la ricerca del loro benessere personale sia 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 GN 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 (Lemaire JB et al 2011).

Nel contesto assistenziale, anche il personale infermieristico risulta tra le professioni più affette da burn out (Canadas De La Fuente GA 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 (Fonte: Rapporti Istisan in corso di pubblicazione). La situazione si rispecchia in tutte le professioni che implicano una relazione d'aiuto: psicologi, personale tecnico incaricato della diagnostica di laboratorio o per immagini, personale dedicato alla riabilitazione, operatori sociosanitari, personale amministrativo, tutti chiamati a collaborare in un circuito di relazioni reciproche dove il benessere/malessere individuale incide sul benessere/malessere del contesto e viceversa.

Trascurare il tema del benessere, per agire solo quando esso è perduto o delegare a momenti spot la sua valorizzazione o addirittura delegarne gli aspetti di valutazione come se fosse qualcosa di non appartenente alla struttura intrinseca del lavoro assistenziale è un grosso errore metodologico. Il benessere va allenato, in parallelo con la capacità

di riconoscere segni e sintomi del suo squilibrio, prima che questo sia compromesso, o per essere rapidi a recuperarlo quando ciò accade in modo imprevedibile.

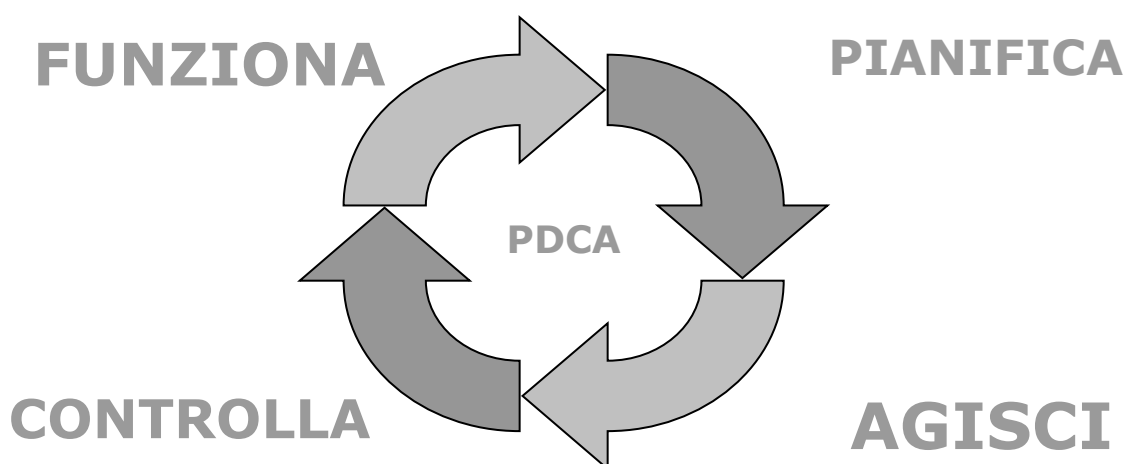
2.2 Autovalutazione e autoregolazione

Gli strumenti di autovalutazione e autoregolazione che la rete HPH promuove, sono gli attrezzi per l'allenamento periodico di individui e organizzazioni in modo da favorirne l'utilizzo rapido anche nelle situazioni di emergenza.

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 e del servizio territoriale.

Se l'allenamento all'autovalutazione non viene praticato come prassi regolare in tempi di normalità, sarà difficile assorbirlo durante un'emergenza. D'altra parte, per le strutture che lo considerano strumento di lavoro abituale diventa un punto di riferimento importante che ancora le strategie di emergenza ad un tessuto che genera sicurezza e appartenenza anche nel cambiamento.

Ciclo di Deming Shewart: Pianifica -Agisci -Controlla - Funziona- Fonte Manuale HPH OMS



2.3 Il Gruppo di lavoro regionale Benessere sul posto di lavoro della rete HPH

La rete HPH, coordinata da ARCS, ha il compito di promuovere la salute del personale sanitario, insieme a quella dei pazienti e dei cittadini, e si pone come il nucleo di riferimento dei percorsi periodici di autovalutazione in quanto processi di qualità per la Promozione della Salute in sinergia con la valutazione dei rischi e la presa in carico ove necessario. Il gruppo di lavoro dedicato al Benessere del personale sanitario (gruppo finalizzato regionale) propone piani di miglioramento su temi di priorità comune e facilita la loro realizzazione nelle aziende interessate in sinergia con il Comitato HPH regionale e le articolazioni speculari locali.

Nello specifico, il tema della Promozione della Salute del personale è compito del Gruppo Regionale Benessere sul posto di lavoro secondo la strategia di Promozione della Salute della rete HPH. Tale gruppo è stato attivato dalla Direzione Sanitaria di ARCS in data 12.05.2020 con lettera Prot. 0015618 e viene aggiornato periodicamente.

2.4 Autovalutazione e piani di miglioramento a livello aziendale

La strategia regionale viene implementata a livello aziendale attraverso i Gruppi aziendali Benessere sul posto di lavoro secondo la strategia di Promozione della Salute della rete HPH. I gruppi sono coordinati dai referenti nominati da ciascuna azienda presso il gruppo regionale, differenziando tale iniziativa da altre eventuali che riguardano i contesti di lavoro extra sanitari.

Nel modello operativo (disponibile on line nel sito www.arcs.sanita.it nella sezione HPH) si descrivono le figure di riferimento da convocare nei gruppi aziendali, ma non si tratta di un modello statico, poiché in base alle caratteristiche aziendali i gruppi possono essere integrati da personale con particolare expertise in promozione della salute e gestione dello stress.

2.5 Il bisogno di promozione della salute nell'ambito del contesto assistenziale

Il termine promozione della salute spesso non è chiaramente distinto da termini come prevenzione delle malattie, educazione sanitaria o empowerment. Lo scopo della prevenzione delle malattie è stato definito nel Glossario della Promozione della Salute, come "l'insieme delle misure necessarie non solo a prevenire l'insorgenza della malattia, quali la riduzione dei fattori di rischio, ma anche ad arrestarne la progressione e ridurne le conseguenze una volta che si è manifestata". La stessa fonte, definisce lo scopo dell'educazione alla salute come quello di favorire l'opportunità di apprendimento progettate in maniera consapevole, utilizzando alcune forme di comunicazione strutturate per migliorare l'alfabetizzazione sulla salute, e lo sviluppo di capacità che conducono alla salute individuale e della comunità". L'empowerment e la promozione della salute, fanno riferimento al più esteso concetto illustrato nella Carta di Ottawa come "il processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla". Mentre l'approccio medico è rivolto ai fattori di rischio fisiologici, (ad esempio l'ipertensione arteriosa, lo stato immunitario), l'approccio

comportamentale è rivolto ai fattori legati agli stili di vita (ad esempio il fumo, la sedentarietà) e l'approccio socio-ambientale è rivolto alle condizioni generali (come disoccupazione, basso livello di istruzione, povertà). La promozione della salute di conseguenza comprende gli approcci clinici per la cura degli individui, ma va ben oltre. (Pelikan 2001); (<http://origin.searo.who.int/entity/healthpromotion/Health-promoting-hospital/en/>).

"C'è una valida finalità e un'ambiziosa motivazione di salute pubblica nello stabilire strategie di promozione della salute negli ambiti assistenziali. Gli ospedali utilizzano tra il 40% ed il 70% del budget sanitario nazionale, e tipicamente impiegano circa tra l'1% ed il 3% della popolazione lavorativa. Gli ospedali, come luoghi di lavoro sono caratterizzati da una gamma di fattori di rischio di tipo fisico, chimico, biologico e psicosociale. Paradossalmente, negli ospedali, organizzazioni che si prefiggono di ristabilire la salute, la conoscenza dei fattori che mettono a rischio la salute del loro personale è poco sviluppata, nonostante le consolidate prove di efficacia a sostegno della relazione tra salute del personale, produttività e qualità dell'assistenza al paziente. Tra gli strumenti più importanti per migliorare la qualità in sanità, come l'utilizzo di linee guida a contenuto professionale, standard ed indicatori di performance, gli aspetti della promozione della salute sono poco approfonditi" (tratto da Manuale di Autovalutazione per la promozione della Salute negli Ospedali e Servizi Sanitari dell'OMS).

Dalla Carta di Ottawa in poi il tema della Promozione della Salute nei contesti 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 & Health Services Network (HPH). L'iniziativa è partita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, 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 declinati su operatori, pazienti e cittadini, dove in caso di eventi avversi imprevedibili, la salute degli operatori è prerequisito essenziale da tenere ben presente per dare continuità alla salute pubblica. (Fonte: Rapporti Istisan in corso di pubblicazione). Di conseguenza il setting sanitario, non va considerato come un posto di lavoro qualsiasi, poiché ha la responsabilità sulla cittadinanza in toto e a differenza di qualsiasi altro contesto, ha a che fare quotidianamente con la vita e la morte delle persone. È un contesto in cui oltre alla necessità di sicurezza, la risonanza empatica stress correlata è un ingrediente in grado di modulare la relazione di cura. (Engert 2019). 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.

3 Carico di malattia ai tempi del COVID-19

Nonostante il Carico di malattia fosse già molto alto a causa dell'aumentare delle malattie croniche non trasmissibili, il sistema sanitario è stato sottoposto ad 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 di salute psico fisica del personale sanitario attuale e futura, 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.

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** (vedi tabella definizioni). 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 G. 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 gli interventi di breve, medio e lungo termine, da mettere in atto per promuovere la salute da subito. Tenendo conto di quanto riportato nel Rapporto ISS COVID 19 n° 22/2020 Indicazioni ad interim per la gestione dello stress lavoro-correlato negli operatori sanitari e socio-sanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2 7 maggio 2020 e di alcuni elementi chiave della Promozione della salute si evidenzia quanto segue:

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, etc) 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 pre esistenti 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;

la conoscenza dell'esistente e la presenza di una rete interna con compiti chiari di autovalutazione sul tema del benessere in promozione della salute, permette di attivare percorsi integrati e funzionali nei tempi di crisi. In assenza di questo investimento antecedente, l'aumentare del grado di stress e la caoticità conseguente alla necessità di organizzare la risposta all'imprevisto diventano una minaccia per l'organizzazione stessa e trasforma la mancanza di punti di riferimento in stress ulteriore;

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;

le **ricadute progressive del mancato investimento** sui temi della promozione della salute e quindi sullo stress generale e non solo quello lavoro correlato, impattano su una serie di indicatori quantitativi e qualitativi previsti dalla normativa nell'ambito della prevenzione dello stress lavoro correlato, 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;

ad integrazione delle azioni di prassi previste dalla sorveglianza sanitaria, che indaga sugli effetti che il lavoro ha sull'operatore, **è fondamentale intervenire tempestivamente per proteggere la salute psico fisica dell'operatore sanitario al di là di chi ne causa la potenziale compromissione**. A tal fine è necessaria la presenza di team multiprofessionali dedicati all'analisi dell'impatto dello stress psico fisico a livello individuale per offrire al personale che ne sente il bisogno, la possibilità di recuperare il senso di benessere percepito e di tutelare la propria salute;

la Promozione della salute non attende che vi sia perdita della salute per intervenire, ma deve agire tempestivamente con le tre chiavi della Carta di Ottawa: To be able To – mettere in grado di; To advocate- sostenere la causa della salute; To mediate- mediare tra interessi diversi; e si pone come obiettivo quello di mettere in grado il personale che lo ritiene opportuno di conoscere i segni e sintomi che descrivono la presenza di uno stress psico fisico in corso e di poter intervenire con percorsi sul lifestyle dedicati a recuperare l'equilibrio;

per raggiungere tali scopi la Promozione della Salute agisce tramite il personale formato, per aumentare la consapevolezza del benessere percepito in relazione con la presenza assenza dei Medically Unexplained Symptoms; ove possibile genera conoscenza sull'impatto dello stress psico fisico sull'organismo con i dati che emergono dall'analisi del sistema nervoso autonomo (HRV, SDNN, RMSSD, VLF,LF,HF) e della composizione corporea (T-Score; S-Score; IMAT; TBW; ECW); infine crea occasioni per celebrare le competenze acquisite e rinforzare la costruzione della resilienza personale (vedi **Progetto Aver cura di chi ci ha curato**)

4 Azioni per la promozione della salute individuale in emergenza: misurare per capire e migliorare

Si descrive sinteticamente quanto attivato con il progetto Aver cura di chi ci ha curato, dedicato a coadiuvare l'attività di sorveglianza del medico competente e le azioni del SPPG. La Fase sperimentale del progetto Aver cura di chi ci ha curato ha coinvolto tre professionisti (2 Medici e 1 Psicologa), componenti del gruppo regionale. La fase formativa è stata condotta in modo accelerato (maggio-giugno) in modo da intervenire tempestivamente sulla sintomatologia dei colleghi, evitandone la cronicizzazione. Sono stati utilizzati due dispositivi elettromedicali non invasivi per la misura dell'impatto dello stress sull'organismo e per monitorare gli effetti dei piani di recupero. I Follow up si sono svolti fra luglio e ottobre 2020 e hanno coinvolto in via sperimentale circa 90 persone aderenti su base volontaria nel territorio regionale. In attesa dei risultati dell'analisi dei dati statistici, si riportano alcuni commenti soggettivi da parte dei partecipanti. Come anticipo dei dati preliminari emerge una nota molto significativa collegata alla registrazione della riduzione quasi totale della sintomatologia psico fisica stress correlata per numero di sintomi e intensità di sintomi, con una crescita parallela delle competenze percepite. Si consolida in questo modo il primo principio della promozione della salute previsto dalla Carta di Ottawa: To be able To- mettere in grado le persone di fare qualcosa di nuovo per aumentare il controllo della propria salute.

"Grazie per avermi sostenuto e per avermi fornito gli elementi che mi hanno permesso di gestire al meglio, come persona e come professionista, i rapporti di lavoro, quelli familiari e tutto il mio carico emotivo. Dopo un periodo di stress inimmaginabile, e la gestione operativa della fase dell'emergenza COVID, anzichè star meglio, un'intensa insoddisfazione, alla quale riuscivo a dare un nome ed una causa, si era impossessata della mia vita. Poi è arrivata la possibilità di aderire al progetto che avete avviato a livello regionale. Una manna dal cielo! I benefici, dopo aver messo in pratica poche modifiche alla quotidianità sono stati quasi immediati. Col tempo una situazione che sembrava non aver via d'uscita si è completamente ribaltata. Mi impegno fortemente a continuare a star bene, a non farmi risucchiare da un vortice che non si è mai fermato. Il contesto e gli interlocutori sono sempre quelli, ma ora sono più forte e sto molto meglio! "

“Desideravo farle sapere che il progetto regionale “Aver cura di chi ha curato” è stato molto utile per trovare il recupero dell’equilibrio della salute psico-fisica usando solo delle azioni pratiche giornaliere dall’alimentazione, alla respirazione. Grazie”

“grazie infinite per il supporto datomi in questi incontri. Mi sono senz'altro serviti i consigli sulla respirazione, sull'alimentazione nonché quelli riguardo all'attività fisica e lo stile di vita da assumere per affrontare stati di ansia e stress come in questo particolare periodo. Penso di riaver riacquistato un certo equilibrio che decisamente 3-4 mesi fa avevo perso e cercherò di farne tesoro anche per il futuro”

“Adesso dormo meglio e quando ho i risvegli notturni so che se faccio la respirazione 5-2-5 facilmente mi riaddormento”

“è stata una piacevole sorpresa partecipare a questi eventi. Il mio stress non è COVID dipendente ma dipende al 50 % dall’ambiente di lavoro: e ciò succede da anni. Premesso questo debbo dire che la tecnica di respirazione in me induce una piacevole sensazione e mi stimola ad applicarla.

Al risveglio e la sera sento il bisogno di quei 5 minuti di esercizio”

5 Azioni per la promozione della salute organizzativa e relazionale in situazioni di emergenza

Sinergia con il Servizio di Prevenzione e Protezione Gestione Ambientale SPPGA

Le indicazioni propedeutiche alla Promozione della salute e al Benessere psico emotivo e relazionale nelle strutture operative in situazioni di emergenza implicano l'assunzione di responsabilità chiare sul tema. I criteri di riferimento su cui fare una rapida autovalutazione sono tratti dal Compendio "Resilienza sul posto di lavoro Standard HPH (HPH 2010):

- 1) **L'organizzazione aziendale descrive le responsabilità per il benessere degli operatori?**
 - 2) **Esiste un gruppo di lavoro aziendale dedicato al Benessere sul posto di lavoro?**
 - 3) **Esiste un gruppo di lavoro interno in ogni servizio, dedicato al benessere sul posto di lavoro?**
- Se si, nel gruppo sono presenti tutte le componenti professionali del servizio?
Se si, nel gruppo sono esplicitati i ruoli, le persone incaricate del coordinamento?
Se si, esiste un calendario degli incontri?
Se si, sono previsti percorsi formativi dedicati al tema della gestione dello stress e del benessere organizzativo?
Se si, sono state condivise le modalità di eventuale riorganizzazione del servizio assistenziale tenendo conto del benessere/malessere percepito del personale e delle competenze relative al nuovo ruolo?

I criteri elencati rappresentano i fattori di protezione primari secondo la strategia di Promozione della salute della rete HPH, poiché identificano il tema, conferiscono dignità di mandato e chiarezza di coordinamento delle funzioni che tengono conto degli aspetti emozionali e della reazione soggettiva in caso di stress.

Le fasi successive, che riguardano l'autovalutazione dei criteri della resilienza (**Mission/motivazione, Comunicazione, Gestione dello stress, Stili di vita, Procedure e capacità decisionale**) sono applicabili tramite la procedura descritta nel **modello operativo allegato** e possono essere consultate dalle strutture, a loro discrezione, per tramite dei referenti aziendali HPH.

Tra i commenti dei dirigenti ai quali è stato proposto il sondaggio sui **Modelli Organizzativi** più funzionali (settembre e ottobre 2020) emerge che **chi ha potuto contare sull'abitudine pre esistente di riunioni brevi settimanali con il proprio staff e su una referenza interna dedicata al benessere, è riuscito a riorganizzare le attività durante la prima ondata di emergenza con un buon impatto sul benessere percepito**. Nel senso che si è verificata una condizione di organizzazione performante con gran parte del personale, elemento che ha permesso al responsabile di mettere in luce tempestivamente le situazioni di fragilità che invece necessitavano di sostegno aggiuntivo per recuperare l'equilibrio e la sicurezza.

L'altro elemento indagato tra settembre e ottobre riguarda le **relazioni interne**. **Al personale è stato chiesto inoltre di dare suggerimenti per migliorare il benessere organizzativo. Il sondaggio è stato distribuito in formato anonimo agli operatori maggiormente coinvolti nell'emergenza** (settembre-ottobre 2020):

Suggerimenti per migliorare la situazione relazionale e professionale in azienda: alcuni suggerimenti

"Essere ascoltati!!! Chi lavora ha spesso una percezione molto chiara delle problematiche e riesce a risolvere da sé i problemi/contrattempi che ogni giorno ci sono"

"Maggiori informazioni e protocolli al personale e ai reparti"

"Maggiori informazioni sulle procedure di sicurezza per i reparti che non conoscono le modalità di trasporto e gli orari"

"Mi mancano le riunioni plenarie ..."

"Credo sia necessario che la comunicazione migliori dall'alto verso il basso, ma anche il coinvolgimento"

"Fare corsi per aumentare le capacità relazionali"

"Protocolli più chiari"

Emerge chiaramente che per alcuni lo stress è avere poca autonomia, per altri è averne troppa e questo aspetto fa parte del sistema di reazione allo stress innato, costruito in base al vissuto e alla personalità. In sintesi dobbiamo ricordare sempre che sotto stress ogni persona è diversa e tira fuori il meccanismo più noto che ritiene le abbia garantito la sopravvivenza nelle avversità della vita. Per qualcuno si tratta di aggressività, per altri di evitamento, per quelli più attrezzati si tratta di coping situazionale, cioè di affrontare in modo competente e con fiducia in se stessi ciò che capita. È importante che il leader conosca questi aspetti e ne tenga conto per contenere l'incertezza o la rabbia del team, nel rispetto delle dinamiche relazionali individuali, in modo da ottenere il miglior equilibrio possibile e rinegoziarlo costantemente aumentando la consapevolezza del lavoro di squadra.

6 Azioni per la promozione della salute individuale a medio e lungo termine

Costituzione del Team multiprofessionale integrato per la promozione della salute e del benessere e sinergia con le azioni del SPPGA e del medico competente

È essenziale monitorare il benessere e l'impatto dello stress del personale sanitario in modo oggettivo per proporre piani di miglioramento atti a evitare la cronicizzazione di eventuali sintomi non correlati a patologia, ma epifenomeno di stress psico fisico, non necessariamente riconducibile al lavoro, ma altrettanto importante. Le azioni di empowerment e di monitoraggio continuo, sono da proporre soprattutto al personale che presta servizio in aree identificate dal Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) del SSPG come aree a maggior rischio o in generale al personale che lo richiede perché motivato a intraprendere un programma di recupero psico fisico.

Le azioni rivolte al benessere del personale secondo la strategia di promozione della salute della rete HPH si realizzano attraverso Team multiprofessionali sinergiche con le attività del medico competente e del SSPGA in grado di integrare gli aspetti biologici e quelli psicologici dello stress per trasferire competenze atte a:

- far fronte alla gestione dello stress psico fisico degli operatori sanitari e socio-sanitari, soprattutto di coloro che si trovano in prima persona a fronteggiare emergenze in situazioni caratterizzate da limitata possibilità di sostituzione, risoluzione e turnazione;
- far fronte agli aspetti emotivi in stretta sinergia con quelli collegati legati agli stili di vita, alla somatizzazione dello stress e agli errati comportamenti;
- monitorare l'impatto delle dimensioni del disagio psico fisico ponendo in atto di volta in volta piani di miglioramento sostenibili.

Per realizzare tale strategia è necessaria la **selezione di operatori disponibili a formarsi sui temi della gestione integrata dell'impatto psico fisico dello stress alla luce delle più recenti evidenze scientifiche**. Per avere un esempio pratico della logistica, si richiama quanto descritto nel Progetto di Miglioramento Aver cura di chi ci ha curato paragrafo 2.2.11; 2.2.12.

In caso di impossibilità temporanea di attivare il Team multiprofessionale, il gruppo regionale Benessere sul posto di lavoro secondo la strategia della Promozione della Salute HPH, mette a disposizione di tutto il personale delle aziende il pacchetto di informazioni per aumentare la consapevolezza di segni e sintomi del distress e i consigli pratici per ridurre il fenomeno. Le informazioni fanno parte del progetto Aver cura di chi ci ha curato.

6.1 Le azioni rivolte agli operatori per contrastare l'impatto dello stress sull'organismo

Per rinforzare le capacità di autovalutazione e autoregolazione individuale in caso di stress che determina un carico allostatico sintomatico si riassumono le azioni di empowerment realizzate nel progetto Aver cura di chi ci ha curato:

1. riconoscimento di segni e sintomi collegati al distress e allo squilibrio energetico metabolico stress correlato - Autovalutazione Medically Unexplained Symptoms-Sintomi Vaghi e Aspecifici;
2. analisi non invasiva del sistema nervoso autonomo tramite pletismografia, per il trasferimento di competenze riguardanti le capacità di ripristino del sistema di riparazione endogena e l'attivazione del tono vagale tramite training respiratorio
3. analisi non invasiva della composizione corporea tramite impedenziometria, per la valutazione dell'impatto dello stress sulla perdita di massa muscoloscheletrica, con correzione dell'apporto energetico alimentare e ripristino dei ritmi circadiani;
4. eventi formativi continuativi per l'aggiornamento sulle strategie di recupero psico fisico dedicate al contrasto dello stress in base alle evidenze scientifiche più avanzate sulla neuroimmunomodulazione, la relazione psiche soma e il metabolismo sotto stress.

6.2 Pre requisiti di processo

1. Implementare il Gruppo Aziendale Benessere sul posto di lavoro secondo la strategia della promozione della Salute HPH e attivare i Team multiprofessionali sinergici con l'attività del medico competente, in ciascuna sede aziendale;
2. garantire un adeguato know how tecnico scientifico del gruppo di lavoro, con disponibilità alla formazione continua;
3. acquisire la strumentazione tecnica per la rilevazione non invasiva dei parametri riguardanti l'impatto dello stress psico fisico sull'organismo, a prescindere dalla sua causa scatenante;
4. garantire l'operatività dei Team, per esempio con l'utilizzo delle ore non assistenziali settimanali;
5. promuovere una campagna interna di comunicazione in sinergia con il medico competente, il SPPGA e le direzioni sanitarie per attivare la cultura del self care;
6. favorire l'adesione del personale al programma di miglioramento individuale e recupero della salute psico-fisica;
7. effettuare il monitoraggio continuo degli esiti e dell'implementazione del percorso nel setting assistenziale complessivo, per applicare il ciclo di miglioramento continuo della qualità.

7 Definizioni utili

Termine	Definizione
Benessere organizzativo	tutte le misure volte a promuovere e tutelare il benessere fisico, sociale e psicologico di tutti i lavoratori. Risulta essere combinazione di più elementi e figura, nel caso individuale, come la capacità di adattarsi e valorizzarsi all'interno di un ambiente lavorativo, secondo le proprie competenze e capacità, integrandole e condividendole con i colleghi, al fine di conseguire un comune obiettivo di crescita e produttività
Clima aziendale	il clima viene inteso come insieme di percezioni, credenze e sentimenti che i lavoratori elaborano rispetto alla loro organizzazione e rappresentano lo sfondo sul quale si delineano le valutazioni specifiche sul proprio lavoro che determinano la vera e propria soddisfazione lavorativa (Avallone 2003).
Cultura organizzativa	la cultura sta all'organizzazione come la personalità sta all'individuo. Basadur (2001) paragona la cultura di un'organizzazione alla personalità di un individuo e afferma che così come per un individuo le sue credenze sono collegate alla sua personalità, così è legata la cultura organizzativa all'organizzazione
Creatività Organizzativa	un'organizzazione innovativa ha la capacità di adattarsi costantemente ai cambiamenti ambientali al fine di sopravvivere e questo tipo di organizzazione richiede un clima che stimoli il comportamento creativo (Ekvall 1999). Ekvall riassume in 10 dimensioni la differenza fra un clima organizzativo innovativo e creativo e un clima stagnante, intendendo con questa contrapposizione la differenza fra un clima organizzativo creativo e un'atmosfera burocratica dove regna una rigida e irrazionale applicazione delle regole, mancanza di dinamismo, passività, paura di assumersi rischi e vision focalizzata sui problemi piuttosto che sulle possibilità. Se il clima di lavoro è percepito in quanto creativo, si riduce la percezione dello stress. (Farida Rasulzada 2007; Arvonen 1995). Gli operatori che sono più soddisfatti della loro vita e degli aspetti inerenti il loro lavoro, sono più collaboranti e altruisti con i loro colleghi di lavoro, più puntuali e hanno un minor numero di assenze per malattia (Spector, 1997; Warr, 1999).
Organizzazione Innovativa	è un'organizzazione che ha le capacità di adattarsi ai cambiamenti che si verificano nel contesto in cui è inserita, attraverso lo sviluppo di prodotti, servizi, processi, sistemi, strutture e strategie. Questi adattamenti richiedono un clima che stimoli il comportamento creativo dei suoi componenti. (Ekvall 1999) Senza creatività non ci può essere innovazione, d'altra parte se la creatività non viene applicata alla realtà non può determinare innovazione
Carico Allostatico	Il termine "allostasi" è stato proposto da Sterling and Eyer nel 1988 come il processo destinato a ristabilire l'equilibrio in reazione ad una sollecitazione stressogena. (Sterling & Eyer 1988). La dimensione allostatica che produce "wear and tear", cioè danno da usura dei sistemi regolatori nel cervello e nel corpo, viene proposta da McEwen e Wingfield che descrivono due tipi di situazione: carico allostatico di Tipo 1 che si verifica quando la domanda energetica viene sostenuta, accedendo alle riserve energetiche dell'organismo. Carico allostatico di Tipo 2 con eccesso di consumo energetico da conflitti sociali. In entrambi i casi si ha un'attivazione del sistema nervoso autonomo, dei neurotrasmettitori adrenergici e delle citochine infiammatorie. (McEwen & Wingfield 2003; Sterling & Eyer 1988)

Termine	Definizione
Distress	il termine distress rappresenta l'aspetto negativo dello stress, e viene contrapposto ad eustress (che rappresenta l'aspetto positivo, di stimolazione fisiologica, dello stress inteso nel senso originario di "sindrome di adattamento").
Empowerment	processo attraverso il quale le persone raggiungono un maggior controllo sulle decisioni e sulle azioni che condizionano la propria salute. (Manuale e schede di autovalutazione per la promozione della salute negli ospedali e servizi sanitari, OMS 2006)
Innovazione	un'idea creativa che è stata applicata (Ekvall 1999)
Stile di Leadership	il modo con cui un capo, influenza formalmente o informalmente i suoi collaboratori
Stress	la reazione di attivazione corpo/mente in risposta a sollecitazioni in grado di turbare l'equilibrio fisico, mentale e psicosociale dell'individuo con lo scopo di mantenere il precedente livello di stabilità o favorire l'adattamento ad uno nuovo
Standard	modello di riferimento verso cui tendere
Resilienza	in psicologia, la resilienza è la capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici, di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà
Sintomi Vaghi e aspecifici-Medically Unexplained Symptoms	Segni e sintomi di carattere fisico, psicologico, comportamentale ed emotivo non riconducibili a diagnosi precisa, correlati ad uno stato di disregolazione del sistema nervoso autonomo e della composizione corporea in situazione di stress psico fisico prolungato (Rosendal 2017)

7.1 Terminologie e abbreviazioni usate nel documento

Termine	Definizione
HPH	Health Promoting Hospitals (Ospedali e Servizi Sanitari per la promozione della salute) www.hphnet.org
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
RSPPGA	Responsabile Servizio Prevenzione Protezione Gestione Ambientale
RLS	Rappresentante dei Lavoratori per la sicurezza

8 Gruppo di lavoro

Il documento è stato redatto dal Coordinamento regionale HPH Benessere sul posto di lavoro:

Cristina Aguzzoli	Medico, Coordinatore regionale Promozione della Salute HPH - ARCS
Patrizia Portolan	Psicologa, Direzione Ospedaliera, referente HPH ASFO
Andrea Camilli	Medico del Lavoro, cultore materia stili di vita, Dipartimento Prevenzione ASUFC
Gerardina Lardieri	Medico, Direttore SC Cardiologia GOMO, ASUGI
Marsilio Saccavini	Medico Fisiatra Nova Salus S.r.l. Gorizia, già Direttore SC Fisioterapia e riabilitazione ex ASS2
Ariella De Monte	Medico Diabetologo, Coordinamento Reti cliniche - ARCS
Carlo Antonio Gobato	Sociologo responsabile progetti speciali e Osservatorio Bisogni Dipendenti, referente HPH ASUFC
Alessandro Conte	Medico Direzione Sanitaria, Referente HPH, ASUFC
Paola Menazzi	Referente SC Formazione, ARCS
Amedeo La Diega	Infermiere Direzione Sanitaria, referente HPH, Policlinico S.Giorgio
Annamaria Piemontesi	Medico di Medicina generale, Trieste , expertise Progetto MUS e utilizzo degli strumenti di analisi PPG Stress Flow e Composizione Corporea
Stefano Russian	Medico Direzione Sanitaria IRCCS Burlo Garofolo Trieste
Mariagrazia Valentini	Referente Infermieristica Dipartimento Oncologia medica IRCCS Cro Aviano

9 Documentazione utile -allegati

Allegato 1 – Informazioni per la Promozione della Salute collegate alla pandemia COVID-19 -Pacchetto Digitale-

Allegato 2 - Progetto di miglioramento collegato allo standard HPH sul Benessere e la resilienza sul posto di lavoro 4.8 -Profilo Umano-: Aver cura di chi ci ha curato

Allegato 3 – Compendio valutazione dell’assetto muscoloscheletrico per integrare gli elementi strumentali di somatizzazione dello stress

Allegato 4- Modello Operativo per l’autovalutazione con gli Standard psico-emozionali e relazionali per la resilienza sul posto di lavoro HPH

10 Bibliografia

- Aguzzoli, C., & De Santi, A. (2018). *100 domande sulla gestione dello stress*. SEEd.
- Arvonen, J. (1995). *Leadership behaviour and co-worker health. A study in process industry. Reports from the Stockholm, Sweden: Department of psychology: University of Stockholm.*
- Canadasde la Fuente. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud*, p. 52(1):240-9.
- Chrousos, G. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Review Endocrinology* .
- Cipolla, C., Giarelli, G., & Altieri, L. (2002). *Valutare la qualità in sanità*. Milano: Franco Angeli.
- Colon-deMartì. (2014). Perceptions of a group of surgical and non surgical residents at a hispanic academic medical center of the impact of the night float system. *PRHSJ, Vol 33(No 2)*.
- Ekvall. (1999, Volume 12, Issue 4). The Creative Climate: Its Determinants and Effects at a Swedish University. *Creativity Research Journal*.
- Fang. (2011). Establishing a 'Physician's Spiritual Well-being Scale' and testing its reliability and validity. *J Med Ethics, 37(1):6-12*.
- Gómez-Urquiza J.L., M.-R. C.-C.-C.-E.-d. (2017). Risk factors and burnout levels in Primary Care nurses: A systematic review. *Aten Primaria, 49(2):77-85*.
- Grasselli, G., Pesenti, A., & Cecconi, M. (2020). Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy Early Experience and Forecast During an Emergency Response . *JAMA, 1545-1546*.
- Guala, C. (1999). *I sentieri della ricerca sociale*. Roma: Carocci.
- Hartman, O. (2013). NHG Guideline on Medically Unexplained Symptoms (MUS). *Huisarts Wet , 56, 222-30* .
- Hatcher, S., & Arroll, B. (2008). Assessment and management of medically unexplained symptoms. *British Medical Journal, 336, 1124–1128*.

- HPH. (2010). *Standard Benessere Emozionale setting sanitario*. Tratto il giorno maggio 7, 2020 da <http://www.retephfvfg.it/InfoCMS/RepositPubbl/table7/10/Allegati/standard%201-4%20HPH%20ITALIANO.pdf>
- HPH. (2010). *Standard HPH-Benessere Emozionale*. Tratto il giorno maggio 7, 2020 da <http://www.retephfvfg.it/InfoCMS/RepositPubbl/table7/10/Allegati/standard%201-4%20HPH%20ITALIANO.pdf>
- HPH. (2018). *Health Promoting Hospitals & Health Services (HPH) Regolamento Rete Regionale FVG*. Tratto il giorno maggio 7, 2020 da http://www.retephfvfg.it/InfoCMS/RepositPubbl/table7/10/Allegati/Decreto_1100_Approvazione_Regolamento.pdf
- HPH. (2018). *Rete Health Promoting Hospitals & Health Services (HPH) del Friuli Venezia Giulia-Approvazione regolamento*. Tratto il giorno maggio 7, 2020 da http://www.retephfvfg.it/InfoCMS/RepositPubbl/table7/10/Allegati/Decreto_1100_Approvazione_Regolamento.pdf
- HPH. (2018). *Rete Health Promoting Hospitals & Health Services (HPH) del Friuli Venezia Giulia-Approvazione regolamento*. Tratto il giorno maggio 7, 2020
- Huffington, A., & Williams, M. (2020). *Combating Coronavirus Starts With Keeping Health Workers Well*. Tratto da <https://thriveglobal.com/stories/arianna-huffington-michelle-williams-harvard-combating-coronavirus-public-health-workers/>
- Jianbo Lai. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *Jama*.
- Kelly, O., Gilman, J., Boschiero, D., & Ilich, J. (2019). Osteosarcopenic Obesity: Current Knowledge, Revised Identification Criteria and Treatment Principles. *Nutrition*.
- Laborde, S., Mosley, E., & Thayer, J. (2017). Heart Rate Variability and Cardiac Vagal Tone in Psychophysiological Research – Recommendations for Experiment Planning, Data Analysis, and Data Reporting. *Front. Psychol.*
- Lebensohn P., D. S. (2013). Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout . *Fam Med* , 45(8):541-9.
- Lemaire J.B., e. a. (2011). Food for thought: an exploratory study of how physicians experience poor workplace nutrition. *Nutr J* , 10 (1): 18.
- Lemaire, J. E. (2009). Physician well being and quality of patient care: An exploratory study of the missing link. *Psychology Health and Medicine* , 14(5):545-52.

- Malik, M. (1996). Heart Rate Variability. Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. *European Heart Journal*, 17, 354–381.
- Mayou, R. (1991). Medically unexplained physical symptoms. *British Medical Journal*, 303, 534-545.
- McEwen , B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci.* , 33-44.
- McEwen , B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Arch Intern Med.*, 2093-101.
- Pelikan J M, K. K. (2001). The health promoting hospital (HPH): concept and development . *Patient Educ Couns*, 15;45(4):239-43.
- Rasulzada, F. (2007). *Organizational creativity and psychological well-being*. Lund, Sweden: Lund University.
- Rosendal. (2017). Medically unexplained" symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification. *BMC Fam. Pract.*
- Shaffer, F., & Ginsberg, J. (2017). An Overview of Heart Rate Variability Metrics and Norms. *Front Public Health*.
- Shanafelt Tait D., e. a. (2005). Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med*, 20(7):559-64.
- Sterling, P. &. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology . In &. J. Fisher, *Handbook of life stress, cognition and health* (p. pp. 629-649). New York: John Wiley & Sons. .
- Thorndike Anne N., e. a. (2014). Activity Monitor Intervention to Promote Physical Activity of Physicians-In-Training: Randomized Controlled Trial. *PLoS One*, 9(6): e100251. .
- Tsigos, C., Stefanaki, C., Lambrou, G., Boschiero, D., & Chrousos, G. (2014). Stress and inflammatory biomarkers and symptoms are associated with bioimpedance measures . *Stichting European Society for Clinical Investigation Journal Foundation* .
- Uallachain. (2007). Attitudes towards self-health care: a survey of GP trainees. *Ir Med J*, 100(6): 489-91.
- Uncu Yesim, B. N. (2007). Job related affective well-being among primary health care physicians . *Eur J Public Health*, 5.
- Veronika, E., Roman, L., & A., G. J. (2019). Embodied stress: The physiological resonance of psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 105.
- Williams, E. S. (s.d.). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. *Health Care Management Review* , 32 (3).